FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

899

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yvonnick BIARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 24 Mai 1936, à Ploërmel (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 1965

DEPISTAGE DE L'ALLERGIE DIGESTIVE ALIMENTAIRE CHRONIQUE

A PROPOS DE 80 OBSERVATIONS

Président : M. WOLFROMM, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yvonnick BIARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 24 Mai 1936, à Ploërmel (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 1965

DEPISTAGE DE L'ALLERGIE DIGESTIVE ALIMENTAIRE CHRONIQUE

A PROPOS DE 80 OBSERVATIONS

Président : M. WOLFROMM. Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	MM.
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Brouet (G.) - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Lariboisière :* Sèze (S. de) *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)

Cliniques :	MM.
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.) Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Grossiord (A.); Lambling (A.); Launay (Cl.); Payet (M.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.) Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.) Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A Monsieur le Professeur R. WOLFROMM

Professeur Titulaire de la Chaire de Séméiologie Médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Médecin Colonel J.-G. BERNARD

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef des Services Médicaux de l'Hôpital Villemin
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Thermal de Vichy

Instigateur de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver en ce travail un témoignage de reconnaissance et de profond respect.

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur R. BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes à Lyon

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur LACAUX

Directeur de l'Ecole d'Application
du Service de Santé Militaire au Val-de-Grâce

A Monsieur le Médecin Colonel CHAIZE

Directeur des Etudes de l'Ecole d'Application
du Service de Santé Militaire au Val-de-Grâce

A NOS MAITRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE LYON ET DE PARIS
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
DES GENETTES
DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS PATRONS D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur LE BEAU

Monsieur le Professeur HOUDART

Monsieur le Professeur POILLEUX

Monsieur le Professeur LEPAGE

Monsieur le Professeur DOMART

INTRODUCTION

La notion d'allergie apparaît, en 1902, avec RICHET et PORTIER, sous le nom d'anaphylaxie. Il s'agissait d'un phénomène biologique expérimental, mais bientôt le rapprochement se fait avec de nombreuses observations cliniques et en particulier les chocs sérothérapiques.

Cette nouvelle discipline a pris un essor rapide dans les pays anglo-saxons, alors qu'en Europe sa diffusion dans la pratique clinique était lente. C'est à l'Ecole américaine, et en particulier à RINKEL (1951) et à ROWE, que l'on doit la classification des idées sur les problèmes de l'allergie digestive et alimentaire et surtout la notion d'allergie digestive chronique.

Ces manifestations ainsi codifiées s'adressent en réalité à de nombreux troubles digestifs fonctionnels et constituent indéniablement pour cette catégorie de malades un mode d'abord extrêmement fructueux par ses conséquences thérapeutiques. Ce sont, en effet, des sujets peu accessibles aux thérapeutiques habituelles et qui ont tendance à s'imposer un régime restrictif parfois abusif.

Il n'en reste pas moins que le diagnostic clinique d'une allergie digestive présente d'importantes difficultés. D'abord parce que les manifestations digestives sont multiples, variées et intriquées bien souvent avec des manifestations non allergiques. D'autre part, parce qu'une multitude d'aliments sont capables d'être antigéniques. Il est plus facile de dépister un allergène de contact ou d'inhalation, on peut changer les produits que l'on manipule ou les vêtements que l'on porte, on peut changer de situation géographique plus facilement que l'on ne change ses habitudes alimentaires.

Enfin, et ce n'est pas la moindre difficulté, on peut tester facilement une allergie d'inhalation ou de contact, par les tests cutanés, alors que dans l'allergie digestive alimentaire chronique ces derniers sont de peu de valeur.

Nous avons étudié nos malades, à l'Hôpital Militaire Thermal de Vichy, par la technique des tests de provocation alimentaire par ingestion. Le but de ce travail est de rappeler les données cliniques et de faire apparaître les symptômes qui suggèrent, avant tout test, une grande probabilité d'allergie digestive alimentaire chronique, ainsi que de préciser les directives cliniques qui en découlent.

PREMIER CHAPITRE

RAPPEL DES NOTIONS FONDAMENTALES CONCERNANT L'ALLERGIE DIGESTIVE

I. — BASES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

Tout phénomène allergique suppose à la base un mécanisme immunologique : la sensibilisation de l'organisme à un allergène et la réaction de ce dernier traduisant le conflit antigène-anticorps.

A) Allergènes alimentaires

Les aliments forment un ensemble hétérogène de substances issues du règne animal, végétal, parfois même minéral et d'une extrême variabilité de structure physique et de constitution chimique.

Parmi cette multiplicité de structures, l'essentiel est de dégager la valeur antigénique de l'aliment, ce qui, nous le verrons, est très difficile dans l'état actuel de nos connaissances.

1° L'antigénicité est liée a l'aliment lui-même :

On sait actuellement que c'est en fonction de la structure chimique que se définit le mieux l'allergénicité ; or, à quelques exceptions près (le lait, l'ovalbumine), la composition des allergènes, c'est-à-dire des aliments, est très imparfaitement connue.

Parmi toutes ces structures chimiques, quelle est celle qui supporte l'antigénicité ? Cette dernière a longtemps été considérée comme liée à la nature protidique de l'aliment, notion qui demeure pleinement valable mais non exclusive. Si l'antigénicité est discutable pour les lipides, elle est reconnue pour les hydrates de carbone. De plus, il

faut connaître le rôle des haptènes, découverts par LANDSTEINER, en 1935 ; il s'agit d'un corps chimique simple, inactif par lui-même, mais pouvant devenir antigénique lorsqu'il est fixé sur une molécule protéique.

Au-delà de la structure chimique à l'état brut, la cuisson, les méthodes de conservation, les contaminations fungiques et autres, la digestion enfin, sont autant de facteurs qui rendent le problème de la nature de l'allergène encore plus ardu.

Il existe des observations montrant que l'antigénicité est fonction du seul aliment brut (ou inversement cuit). Celle de KUSTNER, lui-même allergique au seul poisson cru. Grâce à cette sensibilisation de KUSTNER, PRAUSNITZ eut l'idée d'injecter dans la peau d'un homme normal une petite quantité de sérum de son collaborateur. Le lendemain, au même endroit, il injecta à nouveau une petite quantité d'antigène, et une forte réaction locale se produisit. Cette expérience démontrait l'existence d'anticorps sensibilisants circulants et la possibilité de leur transfert passif sérique.

Les produits chimiques incorporés aux aliments peuvent également jouer un rôle allergénique. De tels produits sont actuellement de plus en plus utilisés : citons les colorants, les conservateurs, les insecticides et les antibiotiques.

Les méthodes de préparation industrielle peuvent modifier l'antigénicité du produit brut. De nombreux auteurs (RATNER, CRAWFORD, MALONE, RETSINA, etc.) ont étudié expérimentalement le problème. En règle générale, les sujets allergiques à un aliment brut le sont également pour le même aliment cuit ou conservé, sauf exception.

Enfin, il est indéniable que l'antigénicité d'un aliment peut être sous la dépendance directe de la digestion : la preuve expérimentale en a été apportée par de nombreux auteurs. P. BLAMOUTIER, en particulier, à propos de la digestion pepsique de la viande de mouton, a mis en évidence une fraction sensibilisante parmi les produits de dégradation de cette viande.

Ceci explique pourquoi la connaissance des étapes de la digestion d'un aliment et la composition biochimique du contenu intestinal à divers niveaux est indispensable. M. SAUTIER, J. LAMBERT, Cl. FLAMENT, M. MALLEZ, F. FAUDEMAY, Z. ZALLAL et J. TRÉMOLIÈRES (Paris) y ont insisté. Ils concluent

> qu' « à divers niveaux digestifs, et surtout dans le grêle et le côlon, des protéines, dégradées ou non, des lipides, des polysaccharides et des mucoprotéines se rencontrent avec des enzymes variés et pourraient surtout, si la muqueuse est pathologique, acquérir des propriétés antigéniques ».

Un état pathologique, organique ou fonctionnel de la muqueuse digestive ou des glandes annexes et notamment de la glande hépatique, peut donc directement intervenir dans la sensibilisation. Mais des symptômes identiques peuvent résulter uniquement d'une insuffisance enzymatique acquise ou surtout congénitale.

Ainsi se trouve réalisée une contamination allergénique alimentaire aussi variée que complexe et des possibilités innombrables de sensibilisation de l'organisme par les aliments.

Il serait logique de donner maintenant une nomenclature exacte des divers aliments et de leurs propriétés antigénique : cela n'est, hélas ! pas possible étant donné l'insuffisance de nos connaissances sur la composition des aliments.

Les premières classifications se sont attachées à séparer les aliments en bons et mauvais allergènes. De telles classifications sont insuffisantes car, nous le reverrons, l'antigénicité est également fonction du mode de consommation de l'aliment. Des allergènes forts tels que les fraises, crustacés, chocolat, poissons ou œufs, déterminent des phénomènes d'allergie fixée, bien que consommés occasionnellement. Des allergènes faibles, mais consommés fréquemment, entraînent des manifestations d'allergie masquée.

Des classifications biologiques, celle de Ellis pour les substances animales, celle de Vaugham pour les végétaux, ont cherché des affinités allergéniques dans des groupes biologiques ou botaniques. De telles affinités existent et on retrouve effectivement la notion d'antigénicité de groupe ; nous n'en citerons que quelques exemples :

a) Parmi les végétaux :
- — la famille des solanacées ; pommes de terre, tomates, poivrons, aubergines ;
- — la famille des rutacées ou agrumes ; le citron, l'orange, la mandarine, le pamplemousse, la bergamote.

b) Parmi les animaux :
- — le lait de vache et les produits laitiers ;
- — la viande de porc et la charcuterie.

Ces affinités de groupe sont souvent prise en défaut, nous ne citerons que le cas des œufs ; un sujet allergique à l'œuf de poule ne le sera pas forcément à la viande du même oiseau, ni même à l'œuf de cane.

De tels exemples montrent à quel point il est difficile d'établir une classification des aliments en fonction de leur antigénicité.

2° L'ANTIGÉNICITÉ DES ALIMENTS DÉPEND DU FACTEUR EXPOSITION :

RINKEL a apporté la notion de « facteur exposition à l'allergène », permettant de classer les aliments par ordre de fréquence de consommation. La probabilité, pour qu'un aliment devienne un allergène, dépend de sa potentialité allergénique propre, mais aussi de la fréquence de sa consommation plus que de la quantité ingérée.

RINKEL propose deux sortes de phénomènes allergiques opposés : l'allergie alimentaire fixée comportant des accidents, rares mais caractéristiques, liés à des allergènes occasionnels et indépendants de la fréquence d'utilisation, et l'allergie cyclique ou variable. Dans cette dernière, il existe une allergie aux aliments usuels et elle est étroitement liée à leur fréquence d'utilisation.

Le rythme de consommation est déterminant et trois éventualités sont possibles :

1° L'aliment est consommé à un rythme faible, moins d'une fois par semaine, et régulièrement : il donnera lieu à des incidents en relation directe avec sa consommation et sa responsabilité sera rapidement établie.

2° L'aliment est rarement consommé, mais consécutivement et dans un court intervalle de temps : les symptômes n'apparaîtront que lors de la troisième ou quatrième prise et ceci amènera à méconnaître la cause alimentaire exacte.

3° L'aliment est consommé fréquemment, ou même tous les jours : la sensibilisation est alors masquée et une abstention de plusieurs jours serait nécessaire pour la mettre en évidence. Ce cas est le plus fréquent.

RINKEL, à partir de cette hypothèse, tire également des conclusions cliniques et thérapeutiques que nous reverrons. Cette notion de fréquence relègue à l'arrière-plan la conception suivant laquelle il existerait des aliments plus ou moins allergéniques. L'antigénicité serait alors directement fonction des habitudes alimentaires, lesquelles sont sous la dépendance de facteurs multiples que nous reverrons à propos de la notion de terrain allergique. Deux d'entre eux seront cependant mis en exergue :

— le facteur géographique ;
— le facteur régime.

Dans les diverses parties du monde, les ressources alimentaires sont très différentes, les civilisations également. On distingue en particulier quatre civilisations de céréales :

— le maïs en Amérique ;
— le blé en Europe ;

— le riz en Extrême-Orient ;
— le mil en Afrique.

Des études ont été pratiquées en Amérique et en Europe, elles montrent la prédominance du maïs pour l'une, du blé pour l'autre, et il est vraisemblable que les résultats identiques seraient retrouvés en Afrique et en Extrême-Orient.

Quant au régime, son influence sur les habitudes alimentaires est grande.

> « Par régime, il faut entendre un mode alimentaire restrictif comportant, du fait de cette restriction, une fréquence d'utilisation accrue pour les aliments qui le composent. » (LANGE.)

En effet, pour RINKEL, pour SARLES, ce régime serait un facteur déterminant, sinon aggravant, des allergies alimentaires chroniques. Il sera donc particulièrement important de faire préciser, lors de l'interrogatoire du malade, la notion de régime ; qu'il soit volontaire parce que répondant à certaines prédilections individuelles, qu'il soit systématique pour certains sujets souffrant de troubles fonctionnels digestifs ou même qu'il s'agisse d'un régime dépendant d'une prescription médicale.

A côté de la fréquence de consommation, le facteur quantitatif entre également en jeu :

> « L'ingestion massive d'un aliment, tel que le chocolat ou les fruits, pouvant être le point de départ de l'allergie. » (WOLFROMM.)

3° CAUSES FAVORISANTES DE L'ANTIGÉNICITÉ :

Sous ce terme peuvent être réunies de nombreuses conditions, sinon déterminantes, tout au moins potentialisatrices de l'antigénicité des aliments.

a) *L'association à d'autres allergènes :* cette notion de « cumul d'allergènes » est bien mise en évidence par l'observation de DUCHAINE : le malade, employé des wagons-lits, ne présentait de troubles digestifs que lorsqu'il se trouvait sur la Côte-d'Azur, alors qu'à Bruxelles tout allait bien. Une allergie digestive à la pomme de terre était révélée dans le Midi par une allergie simultanée à un pollen.

L. MICHELET et F. BAIXAS concluent dans le même sens :

> « Il apparaît que la sensibilisation spécifique aux poussières concomitantes doive logiquement s'inscrire dans la thérapeutique de l'allergie digestive. »

b) D'autres causes multiples sont favorisantes : il s'agit des facteurs conditionnant le terrain, dit allergique, qui est en fait très mal défini. Facteurs endocriniens, héréditaires, pathologiques, neurologiques et psychiques. Ce dernier est important et c'est le mérite de J.M. Alby d'en avoir démontré la place exacte. La réponse allergique est

« souvent fonction de tensions émotionnelles qui ne peuvent trouver d'autres issues ».

L'alimentation a une valeur émotionnelle certaine pour chaque individu ; il existe des conditionnements entre les aliments et la façon dont ils sont acceptés.

Kauffman distingue une réaction psychogène aux aliments, au niveau de la réaction allergique primaire : par exemple, le dégoût devant un plat avarié reproduisible par simple suggestion. Le malade sera ainsi logiquement entraîné à se constituer un régime en dehors de toute perception consciente.

Cain pense

qu' « à l'occasion d'une difficulté quelconque, survenue en période conflictuelle, tel aliment est connoté d'une charge affective par un mécanisme presque pavlovien de stimulus-réponse et de conditionnement ; chaque fois que le même aliment sera présenté, il entraînera des réponses similaires ».

B) Absorption digestive des aliments allergéniques

La condition *sine qua non* pour qu'un allergène alimentaire puisse agir en tant que tel est qu'il doive franchir la muqueuse digestive. Ce passage peut se faire sous deux formes principales :

— forme inaltérée ;
— forme dégradée.

1° Forme inaltérée :

C'est le problème de l'absorption des protéines alimentaires non dégradées.

Chez l'animal, de nombreux auteurs ont mis en évidence ce phénomène :

— Dès 1900, Ulenhuth montre que l'absorption prolongée de blanc d'œuf, chez le lapin, entraîne en quelques semaines l'apparition de précipitines spécifiques dans le sérum.

— B.N. Halpern, G. Lagrue et Mme Lagrue démontrent la possibilité d'absorption par le tube digestif de protéines alimentaires

sous forme inaltérée. Ils utilisent pour cela le lapin recevant par voie buccale de l'ovalbumine ou de la sérumalbumine humaine. Ils mettent alors en évidence, par la technique de provocation du choc anaphylactique ou d'anaphylaxie passive cutanée, la présence d'anticorps spécifiques.

Chez l'homme, ces mêmes auteurs démontrent également la réalité de ce passage. La résorption des protéines par voie digestive est d'autant plus intense que le sujet est plus jeune. Chez le nourrisson, 4 mg/litre de protéines lactées franchissent intactes la muqueuse digestive, alors que le taux s'élève à 23 mg/litre en cas d'infection gastro-intestinale.

Quels sont les facteurs capables d'influencer le passage des protéines alimentaires non digérées à travers la paroi intestinale ? Nous décrirons les conditions que donnent B.N. Halpern, G. Lagrue et Mme Lagrue :

a) En premier lieu, les enzymes digestifs ne sont pas les mêmes qualitativement et quantitativement suivant les variations, d'espèces animales, de nature des aliments, de facteurs physioolgiques. Chez l'enfant, l'équipement enzymatique est incomplet et l'absorption sera particulièrement nette chez le nourrisson.

b) Le poids moléculaire, dont la taille des protéines intervient directement.

c) La cuisson et l'ébullition.

d) Les circonstances de la prise alimentaire : absorption à jeun, quantité importante d'un même aliment, absorption simultanée de substances irritantes ou inhibitrices : médicaments, alcool, toxiques, etc., etc.

e) L'état pathologique enfin. Toute affection intestinale aiguë augmentant la quantité d'allergènes absorbés et, par conséquent, pouvant être à l'origine d'une sensibilisation. Le rôle de l'atteinte pathologique des glandes digestives, la stase intestinale favoriseraient également un passage plus important d'allergènes.

2° Forme dégradée :

P. Blamoutier rapporte l'observation d'un homme de trente-quatre ans, allergique à la viande de mouton. Les tests cutanés pratiqués avec la laine ou la viande de mouton restent négatifs. L'auteur prélève alors chez ce malade, par tubage, du liquide gastrique et du liquide duodénal teinté de bile. Il met dans un tube à essai de la viande de mouton crue et finement hachée avec les liquides gas-

trique et duodénal, le tout étant laissé trois heures à 40° dans une étuve. Le test cutané avec le liquide, résultant de cette préparation, est alors positif, et une épreuve de Prausnitz-Kustner faite au bras de la femme du malade est également positive. Il est prouvé de cette façon que le malade est sensible, non à la viande de mouton, mais à un produit de sa dégradation.

3° Association des deux formes :

Les produits de la digestion peuvent aussi agir en tant qu'haptènes et devenir allergéniques par association avec les protéines non altérées qui ont franchi la barrière intestinale.

C) Réaction antigène-anticorps au sein de l'organisme

Les manifestations cliniques et biologiques de l'allergie digestive alimentaire sont la traduction du mécanisme immunologique fondamental : le conflit antigène-anticorps.

R. Wolfromm décrit l'anticorps comme étant

> « une protéine appartenant à la classe des globulines du sérum, individualisée par une propriété " unique " : celle de réagir avec la substance qui a stimulé sa production et qui prend le nom d'antigène ».

Au niveau de cette réaction, on peut distinguer deux processus : l'un humoral, l'autre tissulaire :

— il y a allergie humorale lorsque les anticorps sont à la fois fixés sur un organe de choc et circulants dans les humeurs ;

— il y a allergie tissulaire quand l'anticorps est fixé uniquement sur un organe ou sur un tissu et n'est pas en circulation. En cas d'allergie alimentaire et surtout lorsqu'elle est chronique, c'est en général ce type qui est en cause.

Cette opposition explique dans une certaine mesure les difficultés de mise en évidence de l'allergène. Les tests cutanés et la réaction de Prausnitz-Kustner prouvent l'allergie humorale et permettent l'identification d'un allergène. Ces réactions s'avèrent très souvent négatives dans l'allergie digestive alimentaire chronique.

L'allergie tissulaire n'explique cependant pas entièrement cette négativité, d'autres facteurs en sont responsables. En effet :

— La forme sous laquelle un aliment (ou un extrait d'aliment) est injectée par voie dermique n'est pas obligatoirement la forme

à laquelle le sujet est sensible ; c'est le cas de l'observation de BLAMOUTIER chez le sujet allergique au produit de dégradation de la viande de mouton.

— D'autre part, un sujet peut être sensible à des protéines animales, injectées par voie intra-dermique ou sous-cutanée, et ne pas l'être à la viande de cet animal ou aux produits de dégradation de cette viande.

— Enfin, immunologiquement, la réaction intra-dermique suppose qu'il existe un rapport précis entre les quantités d'antigène et d'anticorps en présence ; l'excès de l'un ou de l'autre entraînant une réaction négative.

Ceci rend compte de la difficulté d'interprétation des réactions cutanées en allergie digestive. Et, notamment, ne permet pas de relier une réaction cutanée positive avec l'existence certaine d'un trouble allergique digestif, ni inversement d'affirmer qu'un aliment n'est pas en cause dans des manifestations d'allergie digestive si les tests cutanés sont négatifs.

La recherche des aliments sensibilisateurs dans l'allergie digestive alimentaire doit donc s'adresser à d'autres sortes de tests, cherchant à apporter l'allergène *in situ*. Ce sont les régimes d'élimination décrits et standardisés par ROWE : suppression pendant quatre jours de l'aliment et réintroduction secondaire par ingestion ; et les tests de provocation étudiés par RINKEL : réaction à une quantité minime de l'aliment ingéré. Nous reviendrons sur ces méthodes diagnostiques qui sont en fait le but de notre exposé.

Au moment de la réaction antigène-anticorps, il a été prouvé que l'on retrouve dans le sang et les tissus de nombreuses substances pharmacologiques actives ; qu'il s'agisse de l'histamine, de la sérotonine, de l'héparine, de la S.R.S. (*Slow Reacting Substance*) et de bien d'autres substances encore.

On sait que le conflit antigène-anticorps est à la base de leur libération, mais on connaît mal le lieu de leur formation et pas du tout le mécanisme de leur libération. L'histamine se trouve dans les tissus, surtout la peau, de même que l'héparine et la sérotonine. Elles sont présentes dans les mastocytes et pourraient même être contenues dans les éosinophiles.

Grâce à ces substances, on a pu proposer des tests biologiques de dépistage de l'allergie, mais il est très difficile d'apprécier leur valeur et on peut mettre en doute leur spécificité. Ce sont principalement : l'éosinophilie sanguine et le test protecteur à l'histamine ou pouvoir histaminopexique du sérum.

D) Rôle du foie dans l'allergie

Le foie est un organe essentiel ; il intervient à trois niveaux :

1° *Lors de la dégradation digestive* par la fonction biliaire surtout. La bile, entre autre action, abaisse l'acidité du liquide gastrique pour l'amener au pH basique optimum d'action de la trypsine pancréatique.

2° *Lors de l'absorption intestinale.* L'action du foie se confond ici avec la précédente, dans la mesure où la bile est encore le facteur prépondérant. Elle permet l'émulsion des graisses en fines particules pouvant passer à travers la barrière intestinale et se retrouver dans la circulation sous la même forme.

3° *Enfin, action du foie par sa fonction de détoxication,* et sa place primordiale dans les phénomènes d'immunité.

J. Massion et P. Léonard (Bruxelles) ont étudié expérimentalement le double problème du foie « base » et « cible » dans l'allergie et ils concluent que le foie doit être nécessairement présent pour qu'apparaissent les phénomènes d'allergie, et que l'intégrité hépatique doit être altérée par des facteurs préparants, ayant entraîné des modifications structuro-fonctionnelles. Ces deux conditions impliquent le passage de l'antigène au niveau du foie.

Le foie peut aussi subir le choc en retour et comporter des modifications structurales à la suite des réactions allergéniques. Pour Steiner, il s'agirait d' « altérations de la perméabilité des membranes des constituants de l'espace péri-viscéral ».

II. — ALLERGIE DIGESTIVE ALIMENTAIRE CHRONIQUE

A) Définition

L'allergie digestive est un cadre assez large comprenant l'ensemble des manifestations digestives provoquées par des allergènes d'origine variable.

L'allergie alimentaire, quant à elle, groupe l'ensemble des manifestations digestives ou extra-digestives provoquées par des allergènes d'origine alimentaire.

> « On ne considèrera comme aliment, au sens propre du mot, que des substances ingérées soumises au processus de digestion et métabolisées. » (Lange.)

Dans le cadre de l'allergie digestive alimentaire, nous distinguerons avec RINKEL deux formes cliniques particulières :

— l'allergie fixée ;

— l'allergie masquée ou chronique.

1° L'ALLERGIE FIXÉE :

Dans cette forme, l'ingestion d'aliments allergéniques entraîne des manifestations cliniques intéressant soit l'appareil digestif, soit un organe extra-digestif. Ces manifestations apparaissent habituellement dans un délai assez court, parfois immédiat, et surviennent quelle que soit la fréquence des ingestions. L'aliment mal toléré est ici facilement retrouvé, toujours le même, entraînant toujours la même symptomatologie clinique et dont la prise est occasionnelle.

« On peut parler d'allergie fixée si, après une omission de l'aliment pendant deux ans, le test d'ingestion reproduit toujours les mêmes troubles. Ces cas sont relativement rares. » (SARLES.)

2° L'ALLERGIE MASQUÉE OU CHRONIQUE :

Cette forme est appelée retardée par certains. En fait, le délai est impossible à préciser et le terme lui-même est criticable puisque les tests d'ingestion font appel à des manifestations survenant rapidement. Chronique est un meilleur terme, car ce qui fait la « chronicité » est le masquage de la sensibilisation. Ce type clinique s'extériorise essentiellement dans la sphère digestive et on peut le qualifier d'allergie digestive alimntaire chronique, il fera l'objet de notre propos.

B) Etude clinique de l'allergie digestive alimentaire chronique

Les manifestations cliniques sont rarement extra-digestives, nous venons de le voir. Nous étudierons le syndrome de Rowe-Rinkel et ses diverses associations.

1° LE SYNDROME DE ROWE-RINKEL :

La mise en évidence de ce syndrome repose sur un interrogatoire précis et méticuleux cherchant à objectiver des signes généraux et des signes digestifs.

a) *Les signes généraux* sont constitués par :

— l'asthénie, matinale de préférence, post-prandiale ou du milieu de l'après-midi, caractéristique par son installation

brutale et sa limitation dans le temps. Elle s'accompagne souvent de courbatures douloureuses ;
— l'insomnie entre 3 et 5 heures du matin ;
— l'œdème palpébral le matin au réveil ;
— des fringales brutales sans rythme précis ;
— des fibrillations palpébrales ;
— un prurit pharyngé avec parfois :
— une toux spasmodique associée.

Ces signes, pourtant banaux et parfois absents, ne sont évocateurs que par leur groupement. Ils peuvent se réduire à un simple sentiment de malaise le matin et en fin d'après-midi, ces deux périodes étant séparées par des intervalles de « forme excellente ».

b) Les symptômes digestifs peuvent réaliser tous les aspects de la pathologie fonctionnelle digestive. On peut distinguer quatre groupes principaux de troubles sur lesquels nous reviendrons :

— gastritiques ;
— dyspeptiques ;
— dyskinétiques hépato-biliaires ;
— colitiques.

Beaucoup plus rarement existent des manifestations dont l'étiologie allergique est d'emblée insoupçonnable :

— stomatite récidivante ;
— gastrite œdémateuse ;
— maladie de Crohn ;
— infarctus mésentérique ;
— recto-colite hémorragique dont la nature allergique a été longuement étudiée.

Il faut souligner la possibilité de crises douloureuses abdominales pouvant simuler des syndromes chirurgicaux, surtout fréquentes chez l'enfant.

Quoi qu'il en soit, l'interrogatoire a une place prépondérante dans l'enquête allergologique, permettant entre autre de faire préciser l'horaire quotidien des troubles. Pour juger de cet horaire, RINKEL divise la journée en sept périodes :

— première période : du lever jusqu'au début du petit déjeuner ;
— deuxième période : du petit déjeuner jusqu'à deux heures après ;
— troisième période : jusqu'au déjeuner ;
— quatrième période : les deux heures suivant le déjeuner ;
— cinquième période : jusqu'au dîner ;

— sixième période : du début du dîner jusqu'à une heure après le coucher ;

— septième période : depuis une heure après le coucher jusqu'au lever.

Il est également important de faire préciser par le malade la notion d'intolérance à certains aliments. En réalité, les malades sont très souvent intolérants pour les graisses et les sauces, ce qui peut les conduire aux régimes les plus draconiens. Or

« l'intolérance aux graisses et aux sauces n'est pas la cause de la maladie, elle n'en est qu'un signe » (SARLES).

2° LES MANIFESTATIONS ASSOCIÉES :

Les migraines semblent être au premier plan. Qu'il s'agisse de migraine vraie, rare d'ailleurs, de céphalées vaso-motrices, plus fréquentes, ou bien de céphalées banales mais dont l'association à des troubles digestifs peut être évocatrice.

L'aphtose buccale récidivante peut être retrouvée ainsi qu'un mal des transports.

III. — CONCLUSION

Au terme de cette étude sur l'allergie digestive alimentaire chronique, nous pouvons tenter de dégager quelques notions générales qui nous guiderons dans nos recherches sur le dépistage de cette affection. Il semble exister quatre facteurs nécessaires à son apparition :

1° Introduction de l'allergène par voie digestive de façon courante et fréquente.

2° Altération des phénomènes de la digestion.

3° Perméabilité de la muqueuse digestive aux allergènes.

4° Et enfin présence d'une déficience fonctionnelle hépatique.

DEUXIEME CHAPITRE

MODE DE DEPISTAGE DE L'ALLERGIE DIGESTIVE ALIMENTAIRE CHRONIQUE A L'HOPITAL MILITAIRE THERMAL DE VICHY

I. — MODE DE SELECTION DES MALADES

Avant d'entreprendre une étude allergique complète chez un malade présentant des troubles digestifs, on se doit d'obéir à certains impératifs.

Le premier, sinon l'essentiel, est d'éliminer toute atteinte organique pouvant expliquer la symptomatologie digestive. Une telle condition est, en principe, bien réalisée dans le cadre thermal de Vichy. En effet, le recrutement de cette station s'adresse principalement aux fonctionnels digestifs ; nous citerons : les gastrites fonctionnelles, les dystonies hépato-biliaires, l'insuffisance hépatique et les diarrhées fonctionnelles chroniques. Il s'agit donc d'un terrain de choix pour l'allergologiste.

La deuxième condition est que le trouble soit important et de nombreux malades, très améliorés par la cure, ne nous ont pas paru justifier une exploration allergologique.

Enfin, condition psychique, certains sujets tiennent à leur régime propre, d'autres sont impressionnables ou incapables d'analyser leurs réactions, d'autres enfin risquent d'être « cristallisés » par des tests qui créeraient plus de manifestations pathologiques qu'ils n'en décèleraient.

Quant à la sélection clinique, elle nous oblige à étiqueter les différents syndromes fonctionnels qui se rapprochent plus ou moins d'un syndrome d'intolérance alimentaire au sens large ou l'entend B. HILLEMAND : « hypersensibilité réactionnelle », et qui n'est pas forcément allergique. Nous classerons ces symptômes en six catégories :

— troubles gastritiques ;

— troubles dyspeptiques ;
— troubles dyskinétiques hépato-biliaires ;
— troubles de petite insuffisance hépatique ;
— troubles colitiques ;
— autres troubles.

1° Troubles gastritiques :

La symptomatologie se résume à des renvois acides et des brûlures épigastriques de type hyperchlorhydrie. Pour Wolfromm et B. Hillemand, il s'agit du trouble le plus fréquemment rencontré.

2° Troubles dyspeptiques :

Conte définit la dyspepsie comme « un terme vague et général désignant les manifestations douloureuses digestives, gastriques plus particulièrement, et non directement en rapport avec des altérations organiques de l'estomac ». Cet auteur distingue les dyspepsies hypersthéniques et les dyspepsie hyposthéniques ; ce sont, en l'occurrence, ces dernières qui nous intéressent. Elles se traduisent par :

— une impression de gêne épigastrique, de lourdeur et de pesanteur survenant aussitôt les repas, avec sensation de ballonnement abdominal « obligeant le malade à desserrer ses vêtements » (Conte) ;
— s'y associent des nausées et des éructations ;
— ces malades sont souvent déprimés et fatigués ;
— il s'agit en fait de l'ancienne dyspepsie flatulente avec somnolence post-prandiale.

3° Troubles dyskinétiques hépato-biliaires :

Nous pensons, là, aux signes douloureux hépato-vésiculaires sans atteinte organique correspondant tout au plus à une hyper ou une hypotonie vésiculaire. Ces sujets sont souvent intolérants aux graisses.

4° Troubles d'insuffisance hépatique :

Il s'agit, en réalité, de petits troubles dyspeptiques associés à une sensation de pesanteur de l'hypochondre droit, ou à des crises douloureuses intermittentes, correspondant à la « congestion hépatique de Paviot ».

5° Troubles colitiques :

On comprend dans cette rubrique tous les troubles colitiques chroniques, c'est-à-dire de la sensibilité, de la motricité et de la

sécrétion colique qui, en clinique, se traduit par de la diarrhée avec des douleurs abdominales de type coliques. Nous ferons une place également aux troubles colitiques post-amibiens.

6° Parmi les autres troubles :

Nous mettrons tout ce que la symptomatologie fonctionnelle digestive n'a pas précisé dans les rubriques précédentes.

II. — ETAPES DE LA SELECTION

A) Le malade est vu d'abord par le médecin traitant

Afin de faciliter la tâche du médecin traitant, souvent éloigné des problèmes de l'allergie digestive chronique, on lui propose de remplir une fiche type d'interrogatoire que nous reproduisons ici :

1° Antécédents allergiques

Maladies dûment reconnues comme allergiques ou maladies pour lesquelles un mécanisme allergique est supposé :

— des parents :
— des collatéraux :
— des enfants :
— personnels :

2° Antécédents d'autre nature

— infectieux :
— tuberculose : pulmonaire — viscérale
— amibiase :
— troubles digestifs de l'enfance :
— autres :

3° Troubles généraux

— réveil spontané entre 3 et 5 heures du matin :
— asthénie au réveil se dissipant en fin de matinée :
— douleurs musculaires disparaissant avec la reprise de l'activité :
— fibrillations palpébrales :
— fringales :
— accentuation des troubles par les variations brusques :
  — de température
  — d'activité
  — par les règles

4° Intolérance alimentaire

— à un aliment précis dont la prise entraîne toujours le même type de troubles :
— à un aliment mal déterminé : graisses, sauces, etc. :
— à un mode alimentaire :
— le sujet s'astreint-il à un régime spontanément ? en préciser le type :

5° Type des troubles (*préciser en quelques mots*)

— gastritique :
— dyspeptique :
— hépato-biliaire :
— hépatique :
— colitiques : crises douloureuses abdominales :
— autres :

6° Manifestations allergiques ou associées, actuellement évolutives

— coryza spasmodique — prurit nasal :
— rhume des foins :
— asthme :
— urticaire :
— œdème de Quincke :
— eczéma (en préciser le siège et le type) :
— céphalées :
  — migraine vraie :
  — céphalée migrainoïde :
  — céphalée simple :
— aphtes :
— prurit pharyngé :
— toux spasmodique :
— mal des transports :

7° Horaire des troubles

— du réveil au petit déjeuner :
— dans les deux heures qui suivent le petit déjeuner :
— dans les deux heures qui précèdent le déjeuner :
— dans les deux heures qui suivent le déjeuner :
— dans le cours de l'après-midi, de 15 heures au dîner :
— dans les deux heures qui suivent le dîner :
— au-delà jusqu'au lever :

8° Données de l'examen clinique

— poids :
— cœur :
— taille :
— T.A. + :
— rythme cardiaque :

— abdomen :
— foie :
— rate :
— côlon : etc.
— donner en quelques mots l'impression générale :
— existence d'une composante anxieuse ou névrotique :

9° Conclusions

10° Tests intra-dermiques

11° Tests biologiques

Il s'agit en fait d'un schéma d'observation dont le but est le dépistage clinique. En effet, les deux derniers paragraphes concernent le spécialiste à qui sera adressé maintenant le malade.

III. — DEUXIEME TEMPS : CHEZ LE SPECIALISTE

Parmi toutes les observations ainsi transmises, la tâche du spécialiste consiste tout d'abord à sélectionner les malades semblant relever des tests diagnostiques. Avant d'entreprendre les tests alimentaires proprement dits, d'autres tests peuvent s'imposer :

— tests cutanés s'il existe une allergie concomitante supposée, car n'oublions pas le facteur cumul ;
— recherche d'une provocation des troubles avec la tuberculine et la candidine (il existe fréquemment chez ces malades des sensibilisations associées à ces deux types de germes);
— recherche d'une réaction histamine-latex, indice d'un terrain allergique, et recherche d'une éosinophilie sanguine.

C'est alors la réalisation des tests de provocation alimentaire par ingestion.

A) Rappel du schéma cyclique de Rinkel

Avant de décrire les méthodes employées, nous rappellerons l'évolution de l'allergie cyclique ou variable suivant Rinkel. Le cycle se compose de différentes étapes dont nous décrirons les premières qui seules nous intéressent dans le cas présent :

— *Stade 1 :* sensibilisation masquée — l'aliment est consommé de façon régulière, au moins une fois tous les quatre jours.

— *Stade 2 :* d'omission de l'aliment — si l'aliment allergique est supprimé de l'alimentation pendant une durée minimale de quatre jours, on observe généralement une amélioration progressive des manifestations symptomatiques.

— *Stade 3 :* de réaction suraiguë — survenant à la réintroduction de l'allergène dans le régime, le délai pouvant varier de vingt minutes à deux heures. Ce stade dure du cinquième au onzième jour.

— *Stade 4 :* de sensibilisation active avec omission alimentaire.

— *Stade 5 :* de sensibilisation latente avec omission alimentaire. L'aliment devra être ingéré à plusieurs reprises avant que ne réapparaissent les symptômes.

— *Stade 6 :* de tolérance parfaite avec omission alimentaire.

— *Stade 7 :* de tolérance parfaite malgré la consommation.

— *Stade 8 :* de sensibilisation latente pendant la consommation.

— *Stade 9 :* de sensibilisation aiguë pendant la consommation et on revient au stade 1 si l'aliment est régulièrement consommé.

B) Description de la technique employée

Le principe des tests alimentaires individuels de provocation est fondé sur les trois premiers stades de RINKEL. Trois temps sont donc à envisager :

1° Le malade mange tous les jours un aliment contenant le produit suspecté.

2° Le malade s'abstient pendant quatre jours de prendre ce même aliment.

3° Enfin, il ingère sous contrôle médical l'aliment en cause (test de provocation proprement dit). Le sujet devra rester en observation pendant deux heures et signaler tout symptôme anormal, digestif, allergique ou général.

Tous ces symptômes demandent une analyse ; la reproduction des troubles habituellement ressentis apporte une certitude comparable à la réaction focale observée dans l'étude des allergies respiratoires.

C) Réalisation pratique dans le cadre de la cure thermale de Vichy

Disposant de vingt et un jours de cure, nous avons été obligés de limiter notre étude à six aliments parmi les plus souvent en cause dans l'allergie alimentaire en France :

— N° 1 : le lait.
— N° 2 : la farine de blé.
— N° 3 : les solanées (pommes de terre et tomates surtout).
— N° 4 : les œufs.
— N° 5 : la viande de porc.
— N° 6 : les agrumes.

Les principaux aliments des régimes d'éviction sont rappelés ci-dessous :

• N° 1 : Régime sans lait et dérivés :

Supprimer complètement : lait frais entier, écrémé, en poudre, concentré ; beurre, crème Chantilly. — Tous les fromages, frais ou cuits. — Tous les yaourts, les plats au lait, purée, gratins, soufflé, Béchamel, pâtisseries, biscuits, crèmes, glaces. — Bonbons au lait, caramel, chocolat, potages en sachets, petits déjeuners préparés. — Margarine.

• N° 2 : Régime sans blé et dérivés :

Supprimer le pain, pain de seigle, biscottes de blé ou de seigle, pâtisseries, biscuits, pizza, pâté en croûte. — Petits déjeuners tout prêts, nescao, brioches, croissants et potages en sachets. — Pâté, semoule, couscous, floraline, liaisons à la farine (Béchamel, etc.). — Remplacer le blé par les aliments suivants : riz, maïs, orge perlé, flocons d'avoine, légumes secs ou farine du commerce (produits Jacquemaire, Favrichon, Heudebert, etc.) en vente dans les magasins spécialisés.

• N° 3 : Régime sans solanées :

Supprimer totalement : pommes de terre en plat, en potages ; la fécule de pomme de terre entrant dans la pâtisserie et la crème de marron. — Tomates fraîches, cuites ou crues, coulis de tomates, aubergines, poivrons, piments, gruyère contenant de la fécule de pomme de terre. — Tabac.

• N° 4 : Régime sans œufs :

Supprimer complètement les œufs sous toutes leurs formes, œufs entiers, œufs en préparation, gratin, soufflé, sauces, pâtisseries, crèmes, glace, poudre d'œufs contenue dans l'ovomaltine, petits déjeuners préparés, poudre à flan, etc.

• N° 5 : Régime sans porc :

Supprimer complètement la viande de porc sous toutes ses formes : charcuterie, saucisson, jambon, pâté mortadelle, etc. Fromage

de tête, saucisses, boudins, andouillette, etc. Bouillon Kub, tous les concentrés de viande (Maggi), viandox, potages en sachets, pâtés farcis, raviolis, rissoles, saindoux, margarine, gelée et gélatine, pâté en croûte, abats, foie, pieds, langue, rognons.

• N° 6 : Régime sans agrumes :

Eliminer oranges, mandarines, citron, pamplemousse, sirop parfumé, fruits confits et confitures à base des agrumes énoncés.

Trois jours préalables étaient nécessaires pour mener à bien l'enquête et l'étude clinique et biologique. Il restait dix-huit jours que nous avons réparti en trois périodes de six jours. Pendant chaque période, composée de quatre jours de régime d'exclusion et de deux jours de tests, deux aliments étaient étudiés.

La farine de blé et le lait étant journellement consommés par tous les Français, nous avons commencé par ces aliments qui ne nécessitaient pas de temps préalable de consommation obligatoire. Celle-ci étant réalisée, par contre, pendant les quatre derniers jours de la première période pour les œufs et les solanées, et de la deuxième période pour les agrumes et la viande de porc. Nous avons résumé ces impératifs par un tableau destiné au malade et que nous reproduisons ici :

Jours	*Aliments du régime n° ...* 1	2	3	4	5	6	*Observations*
1	—	—	+	+	+	+	
2	—	—	+	+	+	+	
3	—	—	++	++	+	+	
4	—	—	++	++	+	+	
5	—	—	++	++	+	+	... Test n° 1
6	—	—	++	++	+	+	... Test n° 2
7	+	+	—	—	+	+	
8	+	+	—	—	++	++	
9	+	+	—	—	++	++	
0	+	+	—	—	++	++	
1	+	+	—	—	++	++	... Test n° 3
2	+	+	+	+	—	—	... Test n° 4
3	+	+	+	+	—	—	
4	+	+	+	+	—	—	
5	+	+	+	+	—	—	
6	+	+	+	+	—	—	
7	+	+	+	+	—	—	... Test n° 5
8	+	+	+	+	—	—	... Test n° 6

+ : peut être consommé ; ++ : obligatoirement consommé : — : ne doit pas être consommé

Le sujet en observation était tenu, par ailleurs, de noter, chaque jour et selon les moments de la journée, les troubles qu'il ressentait et leur intensité. La confrontation de ce journal symptomatique avec la liste des aliments ingérés au repas et les données des tests de provocation permettait de confirmer ceux-ci de façon indirecte ; le recoupement donnait du poids à un test faiblement positif, que nous n'avions pas le temps matériel de renouveler, et qui se trouvait ainsi infirmé ou confirmé.

Ce journal formé en tableau précisait :

— en ordonnée : la division de la journée en sept périodes, comme nous l'avons noté précédemment ;

— en abscisse : les jours de cure de un à dix-huit ;

— dans chaque case, ainsi délimitée, le malade précisait les symptômes en notant leur fréquence et leur intensité par des petites croix. Ces symptômes, rappelons-le, étaient déterminés à la suite de l'entretien avec le spécialiste.

Enfin, le sujet poursuivait sa cure thermale sans aucune gêne, sauf les jours des tests où il devait ne pas boire d'eau. L'amélioration des troubles non spécifiques, du fait de la cure, avait pour avantage de rendre plus nettes les réactions où un « mécanisme allergique », dans le sens que RINKEL donne à ces phénomènes de sensibilisation, était en jeu.

Notre technique étant ainsi décrite, remarquons que nous nous sommes limités dans nos recherches du fait de la restriction que nous imposait la durée de la cure. Nous n'avons pas fait la recherche systématique, par tests cutanés, des sensibilités à *Candida albicans* et à la tuberculine. Nous n'avons pas pratiqué de réaction histamine-latex, bien étudiée par BONNET, à Vichy. Et enfin, nous nous sommes limités à six aliments parmi les plus fréquents dans notre pays.

TROISIEME CHAPITRE

LE SYNDROME D'ALLERGIE DIGESTIVE ALIMENTAIRE CHRONIQUE vu à travers 80 observations

Dans une première partie, nous étudierons les résultats numériques que nous avons collectés sur l'ensemble des malades en donnant les conclusions immédiates que suggèrent ces chiffres. Puis, dans un deuxième temps, nous opposerons deux catégories privilégiées en essayant de déduire les meilleures caractéristiques du profil de l'allergique digestif alimentaire chronique.

I. — DONNEES SUR L'ENSEMBLE DES 80 MALADES

A) Age et sexe

Le sexe ne présente guère de valeur dans la mesure où l'Hôpital Militaire Thermal de Vichy ne possède qu'un pourcentage faible de son recrutement parmi les femmes : 6 femmes sur les 80 sujets de notre population. L'âge se répartit comme suit :

— entre 10 et 20 ans	0	malade,	soit	0 %
— entre 20 et 30 ans	9	»	»	11,2 %
— entre 30 et 40 ans	14	»	»	17,5 %
— entre 40 et 50 ans	34	»	»	27,5 %
— entre 50 et 60 ans	1	»	»	1,25 %
— 70 ans et plus	0	»	»	0 %

B) Antécédents

1° ALLERGIQUES :

Nous avons observé :

— Aucun ..... 38 malades, soit 47,5 %
— Antécédents collatéraux ..... 19 »
— Antécédents héréditaires ..... 13 »
— Antécédents personnels ..... 30 »

L'association des divers antécédents se répartissant comme suit :

— Héréditaires et personnels 4
— Collatéraux et personnels 8
— Collatéraux et héréditaires 3
— Collatéraux, héréditaires et personnels 3

Nous relevons que 42 malades sur 80, soit 52,5 %, ont des antécédents allergiques ; or, 10 à 15 % seulement de la population normale en ont (statistique de RINKEL aux Etats-Unis).

2° ANTÉCÉDENTS AUTRES QU'ALLERGIQUES :

— Aucun 9
— Tuberculose pulmonaire (A) 2
— Tuberculose viscérale (B) 0
— Amibiase (C) dont 5 hépatites amibiennes 16
— Troubles digestifs de l'enfance (D) 2
— Hépatite virale (E) 9
— Amibiase et hépatite virale 10
— Autres associations 32

Les associations, autres que celle entre amibiase et hépatite virale, sont nombreuses (*tableau ci-dessous*).

A	B	C	D	E	*Autres antécédents*	*Total*
+	.	+	+	.	dont 1 Guillain-Barré	3
.	.	.	+	+	à 3 reprises + bilharziose	1
.	.	+	+	.	dont 2 paludismes	10
.	.	+	.	.	avec 1 pleurésie	1
.	.	+	.	.	avec 1 accident vaccinal	1
.	.	+	+	+	.....	3
.	.	+	.	.	avec typhoïde et paludisme	2
+	.	+	.	.	.....	1
+	.	.	.	+	.....	1
.	.	.	+	+	avec primo-infection	2
.	.	+	.	.	avec paludisme et bilharziose ..	1
+	.	+	.	+	.....	1
.	.	.	.	.	typhus de brousse	1
.	.	.	.	.	cholécystite	1
.	.	.	.	.	lambliase	1
.	.	.	.	.	non renseigné	1

A partir de ces données, il est alors possible de déduire les antécédents du groupe, par ordre de fréquence :

a) *Amibiases :* 50 (dont 5 hépatites amibiennes)

— 16 sont isolées
— 10 associées à une hépatite virale
— 10 à des troubles digestifs de l'enfance dont 2 paludismes
— 3 à des troubles digestifs de l'enfance et tuberculose pulmonaire
— 3 à des troubles digestifs de l'enfance et une hépatite virale
— 1 à une tuberculose pulmonaire
— 1 à une tuberculose pulmonaire et hépatite virale
— 1 à une pleurésie
— 1 à un accident vaccinal
— 1 à une lithiase rénale et vésiculaire
— 1 à un paludisme et une bilharziose

b) *Hépatites virales :* 27

— 9 sont isolées
— 10 associées à une amibiase
— 3 à des troubles digestifs de l'enfance et amibiase
— 2 à 3 reprises dont : 1 avec bilharziose; 1 avec troubles digestifs de l'enfance
— 1 associée à une tuberculose pulmonaire
— 1 à des troubles digestifs de l'enfance
— 1 à tuberculose pulmonaire et amibiase

c) *Troubles digestifs de l'enfance :* 20

— 2 sont isolés
— 10 associés à une amibiase dont 2 avec paludisme
— 3 à amibiase et hépatite virale
— 3 à tuberculose pulmonaire et amibiase
— 2 à une hépatite virale

d) *Tuberculose pulmonaire :* 8

(En général à distance des troubles digestifs d'intolérance) dont :
— 2 de type tertiaire
— 6 primo-infections

e) *Divers :*

— 1 typhus de brousse
— 1 cholécyste non lithiasique
— 1 lambliase

f) *9 malades* n'ont aucun antécédent non allergique, mais 8 d'entre eux ont des antécédents allergiques.

Il existe donc une nette prédominance des amibiases : 50, soit 61,5 % ; viennent ensuite 27 hépatites virales, soit 33,75 % et 14 sujets ont l'association amibiase-hépatite virale, soit 19,5 %.

3° Retentissement des antécédents sur les troubles d'intolérance alimentaire :

— Non renseigné ..... 11 (2 sans ant. allerg.)
— Aucun ..... 8 (3 » » »
— Aggravation (tr. antér.) 16
— Concordance 45

Influence des principaux antécédents sur les troubles présentés par le malade :

	Déclenchant	*Aggravant*
— Amibiase	27	10
— Hépatite virale	11	2
— Amibiase + hépat. vir.	4	....
— Cholécyste	1	....
— Typhus de brousse	1	....
— Lambliase	1	....
— Accident vaccinal	....	1
— Typhoïde	....	1

C) Symptomatologie clinique

1° Troubles généraux :

Nous étudierons :
— le réveil spontané ;
— l'asthénie au réveil ;
— les douleurs musculaires ;
— les fibrillations palpébrales ;
— les fringales.

Nous remarquons :
— 1 malade ne présente aucun trouble
— 14 ne présentent qu'un seul symptôme
— 18 en présentent 2
— 26 » 3
— 13 » 4
— 8 » 5

Et lorsque l'on recherche la fréquence des différents signes :
— 38 cas de réveil spontané ..... 47 %
— 68 » d'asthénie au réveil ..... 85 %
— 36 » de douleurs musculaires ..... 45 %
— 36 » de fibrillations palpébrales ..... 45 %
— 43 » de fringales .....

Donc, le seul sujet ne présentant aucun trouble pouvant être négligé en pourcentage, nous remarquons que seule l'asthénie au réveil, présente chez 85 % des malades, est un symptôme quasi constant. La fréquence des autres troubles généraux varie autour de 50 %.

2° Manifestations allergiques actuelles :

Parmi les 80 sujets, 38, soit 47,5 %, ne présentent aucune manifestation allergique actuelle. Les 42 allergies concomitantes sont :

— 16 coryzas spasmodiques ou rhume des foins
— 10 asthmes
— 20 urticaires
— 5 œdèmes de Quincke
— 4 eczémas dont 1 de contact
— 4 allergies médicamenteuses
— 1 maladie du sérum
— 11 prurits pharyngés
— 11 toux spasmodiques

Treize de ces sujets n'ont aucun antécédent allergique. Nous devons noter que les troubles allergiques extra-digestifs sont habituellement indépendants de l'ingestion alimentaire ou d'un mécanisme alimentaire d'allergie digestive.

3° Autres manifestations :

Il s'agit essentiellement de :

— 17 cas de céphalées simples banales
— 22 » de migraines vraies ou hémicrânies pulsatiles
— 30 » de céphalées vaso-motrices
— 19 » d'aphtes

D) Le syndrome d'intolérance alimentaire

1° Troubles digestifs :

Il faut noter qu'il s'agit de troubles tels que les décrivent les malades, donc de données d'interrogatoire, essentiellement, et non d'examen clinique.

— Aucun (tous ont des tests alimentaires positifs) 4
— Gastrites ..... 6, soit 7,5 %
  — 3 sont isolées
  — 2 sont associées à une dyspepsie
  — 1 à une dyskinésie

— Dyspepsies ..... 53, soit 66,25 %
  — 35 sont isolées
  — 6 associées à une dyskinésie
  — 11 à une insuffisance hépatique
  — 1 à une côlite

— Dyskinésie ..... 20, soit 25 %
  — 12 sont isolées
  — 1 associée à une gastrite
  — 5 à une dyspepsie
  — 2 à une côlite

— Insuffisance hépatique ..... 2, soit 2,5 %
  — 1 est isolée
  — 1 associée à une dyspepsie

— Côlites ..... 12, soit 15 %
  — 1 est isolée
  — 11 associées à une dyspepsie

— Douleurs abdominales ..... 6, soit 7,5 %
  — 3 sont isolées
  — 3 associées à une dyskinésie

Le syndrome dyspeptique n'a donc pas d'étiologie bien propre, il paraît dépendre aussi bien d'un trouble gastrique que d'une dyskinésie biliaire, d'une insuffisance hépatique ou d'une colite associée. Notons que l'étude du chimisme gastrique minutée, après injection d'histamine, selon la technique de LAMBLING, a permis à J.G. BERNARD et Ch. LAVERDANT de montrer l'association fréquente d'une gastrite fonctionnelle avec insuffisance de la sécrétion d'acide chlorhydrique, chez la plupart des sujets présentant un syndrome dyspeptique, que celui-ci soit apparemment gastrique ou secondaire à une affection hépato-biliaire ou colitique.

2° TYPE D'ALIMENT EN CAUSE :

Parmi les 80 sujets de ce groupe, la plupart rattachaient leurs troubles digestifs à des aliments qu'ils avaient habituellement exclu de leur alimentation. Certains présentaient, en plus, des troubles d'allergie digestive fixée dépendant d'un aliment bien précis. De toute façon, nous n'envisagerons ici que les aliments mis en cause par les malades eux-mêmes :

— 4 ne présentaient aucune intolérance alimentaire
— 64 présentaient une intolérance indéterminée
— 12 présentaient une allergie alimentaire fixée concomitante

a) Les aliments qui entraînaient une allergie alimentaire fixée se décomposaient en :

— poissons :	4	— alcool :	3
— fraises :	3	— bière :	1
— moules :	1	— œufs :	1
— yaourt :	1	— chocolat :	1
— oranges :	2	— mayonnaise :	1

Et les manifestations se résumaient à :

— 1 eczéma
— 6 urticaires
— 4 migraines
— 1 non renseigné

b) Quant aux aliments accusés dans l'intolérance alimentaire chronique observée :

— 3 sujets seulement ne présentent pas d'intolérance aux graisses et sauces, soit 3,75 %; et 14 sujets présentent uniquement cette intolérance
— 31 sujets accusent les farineux
  — 29 en association aux graisses et sauces
  — (10 ne présentant que cette association)
— 13 accusent les choux et les légumes à trame
— 16 les laitages frais
— 22 le chocolat
— 14 la charcuterie
— 28 les œufs
— 15 l'alcool

A noter que :

— 15 sujets n'accusent qu'un aliment
— 26 » » 2 »
— 17 » » 3 »
— 11 » » 4 »
— 7 » » 5 »
— 5 » » 6 »

En fait, les malades s'analysent très mal et sont souvent surpris par la question. Leurs accusations résultent souvent d'attitudes conditionnées par la lecture d'articles de vulgarisation. Les aliments en cause sont fréquemment ceux qui sont à l'origine de troubles colitiques (légumes à trame, farineux) ou des cholécysto-kinétiques (œufs, chocolat, etc.) et jamais aucun sujet n'a accusé directement les tomates, les pommes de terre ou le pain.

3° Type de régime suivi :

Le régime suivi par le malade permet d'apprécier l'importance du trouble digestif. Nous remarquerons tout d'abord que 76 malades sur 80 suivent un régime, soit 80 %, dont 20 % ont réalisé une restriction sévère.

— Atoxique simple, sans graisse ..... 35 sujets
— Exclusion large ..... 15 »
— Exclusion stricte ..... 16 »

E) Horaire des troubles

1° Périodes générales des troubles :

— Le matin au réveil 42
— Après le petit déjeuner 15
— Avant le déjeuner 10
— Après le déjeuner 37
— Au courant de l'après-midi 30
— Après le dîner 26
— La nuit 12

Trois associations sont plus fréquentes :

— Après déjeuner et après dîner 17
— Après le petit déjeuner et déjeuner 15
— Le matin au réveil et l'après-midi 16

2° Maximum de malaise :

— Non précisé 5
— Le matin au réveil 18
— Après le petit déjeuner 4
— Avant le déjeuner 2
— Après le déjeuner 26
— Au courant de l'après-midi 14
— Après le dîner 7
— Pendant la nuit 4

Nous noterons ici trois périodes importantes : le matin au réveil, 18 ; après le déjeuner, 26 ; et au courant de l'après-midi, 14. Nous voyons donc qu'entre 12 heures et 20 heures, la moitié (40 sujets sur 75 renseignés) éprouvent le maximum de leurs troubles.

3° Maximum de bien-être :

— Non renseigné 18
— Le matin au réveil 3

— Après le petit déjeuner 15
— Avant le déjeuner 30
— Après le déjeuner 1
— Au courant de l'après-midi 9
— Après le dîner 3
— Pendant la nuit 1

Notons deux périodes remarquables : après le petit déjeuner, 25 % des sujets renseignés ; et avant le déjeuner, 50 %. La matinée est donc la meilleure période pour les sujets présentant ce type de troubles.

F) Examen clinique

1° Morphologie :

— Non renseigné 1
— Maigres 19
— Obèses 12
— Normaux 48

2° Appareil circulatoire :

— Hypotendus 13
— Hypertendus 7
— Normotendus 60

3° Abdomen :

— Normal 15
— Point vésiculaire (Murphy) 8
— Côlite :
  — bipolaire 17
  — gauche 1
  — droite 6
— Murphy et côlite bipolaire 23
— Hépatomégalie 8
— Hépatomégalie et côlite bipolaire 2

Nous relevons donc une nette prédominance des colites cliniquement décelables (49).

4° Composante neuro-psychique :

A ce propos, rappelons qu'il s'agit d'une appréciation purement clinique, ces malades n'ayant pas été vus par le spécialiste de neuro-psychiatrie.

— Sujet normal 27
— Sujet rigide fixé 3
— Composante anxieuse 29
— Interprétatif 6
— Psychasthénique névrotique 3
— Neurotonique simple 19
— Déporté 3

5° Données radiologiques :

Ces données sont limitées aux examens radiologiques pratiqués au courant de la cure thermale.

— Transits gastro-duodénaux ..... 2 normaux
— Transit gastro-duod. + cholécystogr. ..... 1 »
— Cholécystographies 21
dont :
— 1 lithiase
— 5 dyskinésies
— 3 atonies
— 1 cholécystite non lithiasique
— 11 normales
— Non renseigné 56
dont :
— 1 cholécystectomie

G) Conclusions cliniques

Au terme de l'examen et après contre-interrogatoire fait par le spécialiste, celui-ci a classé les malades en diverses catégories selon l'impression clinique qu'il retirait des données antérieurement énoncées. Nous pouvons classer le résultat de cette impression clinique de la façon suivante :

1° Sujets n'appartenant pas au cadre de l'allergie digestive alimentaire chronique 0
2° Sujets douteux 2
3° Sujets présentant une allergie fixée prédominante 4
— isolée 1
— associée à :
— une allergie chronique possible 1
— allergie chronique et migraines prédominantes 1
— troubles allrg. extra-digestifs 1
4° Allergie digestive alimentaire chronique possible 45
— isolée 39

— associée à :
— troubles allerg. extra-digestifs 3
— migraines prédominantes 2
— troubles allerg. extra-digestifs + migraines prédominantes 1

5° Allergie digestive alimentaire chronique très vraisemblable. 14
— isolée 11
— associée :
— troubles allerg. extra-digestifs + migraines prédominantes 2
— troubles allerg. extra-digestifs 1

6° Migraines prédominantes 14

7° Troubles allerg. extra-digestifs prédominants 1

Nous constatons qu'il existe 14 malades pour lesquels le tableau clinique est très évocateur d'allergie digestive alimentaire chronique.

H) Résultats des tests alimentaires de provocation par ingestion

1° Globalement :

— 59 sujets ont des tests positifs
— 14 » » » » »
— 7 » » » » »

2° Aliments en cause :

— Farine de blé	29 tests positifs	— 4 douteux
— Lait	8 » »	— 2 »
— Solanées	28 » »	— 7 »
— Œufs	17 » »	— 2 »
— Viande de porc	8 » »	— 5 »
— Agrumes	3 » »	— 1 »

3° Parmi les tests positifs :

— 23 malades le sont pour 1 aliment
— 19 » » » » 2 »
— 15 » » » » 3 »
— 2 » » » » 4 »

Nous pouvons faire la comparaison de ces résultats avec ceux de Sarles sur 75 malades et dont les chiffres sont les suivants :

— Lait ..... 37 tests positifs, soit 49 %
— Solanées .....
— pommes de terre. 26 soit 34 %
— tomates ..... 11 soit 15 %

— Blé	19	tests	positifs,	soit	25 %
— Œufs	5	»	»	»	6 %
— Agrumes	5	»	»	»	6 %
— Viande de porc	3	»	»	»	4 %

Comparativement à nos résultats sur 80 malades :

— Lait	8	tests	positifs,	soit	10 %
— Solanées	28	»	»	»	35 %
— Blé	29	»	»	»	36 %
— Œufs	17	»	»	»	21 %
— Agrumes	3	»	»	»	3,7 %
— Viande de porc	8	»	»	»	10 %

Pour les solanées (pommes de terre, tomates) que SARLES teste séparés et trouve : 26 sujets positifs pour les pommes de terre et 11 pour les tomates. Nous pouvons considérer que beaucoup de sujets ont réagi simultanément aux deux. Dans ce cas, notre statistique montre des résultats comparables.

Nous trouvons 29 sujets sensibles à la farine de blé, alors que SARLES n'en trouve que 19 sur 75, soit environ 10 % de moins, Ce résultat nous paraît assez faible, compte tenu de la fréquence de la consommation de cet aliment en France.

Divergence également pour le lait très souvent en cause pour SARLES, et les œufs, inversement, moins souvent en cause. Mais SARLES lui-même pense que c'est

> « probablement parce que les œufs sont éliminés de tous les régimes pour dyspeptiques, qu'ils viennent au cinquième rang des allergènes dans notre statistique ».

Nous noterons que l'enquête de SARLES touche des malades recrutés dans la région de Marseille et du Sud-Est de la France en général, alors que notre statistique s'adresse à des malades venant de l'ensemble du territoire français.

Quant aux agrumes et à la viande de porc, il n'existe pas de différence importante entre les deux statistiques.

Nous noterons, pour terminer, que parmi nos observations, 35 % des malades accusent les œufs et 20 % le lait, et dont beaucoup accusent les deux à la fois. Après le résultat des tests, on constate que seulement 21 % sont positifs pour les œufs et 10 % le sont pour le lait. Par contre, aucun malade n'accuse le pain ou les pommes de terre. Cela montre bien que les aliments, mis en cause par les malades eux-mêmes, ne sont pas forcément ceux qui entraînent l'intolérance et inversement.

Au terme de cette étude statistique, il ressort que 14 sujets ont été fortement soupçonnés cliniquement d'appartenir au groupe des

allergiques digestifs alimentaires chroniques et qu'ils sont tous positifs aux tests de provocation. Il existe également 14 sujets pour lesquels ces mêmes tests sont négatifs. La valeur numérique comparable de ces deux lots nous incite à les comparer au cours de la discussion.

II. — DISCUSSION

Afin de ne pas alourdir la suite de l'exposé, il faut définir deux sigles qui seront couramment employés : il s'agit de (T+) pour les sujets présentant des tests positifs, et de (T—) pour les sujets présentant des tests négatifs.

L'opposition de ces deux groupes (T+) et (T—), et leur comparaison avec l'ensemble des malades, permettra de dégager les caractères les plus tranchés de l'une et de l'autre catégorie. Elle nous permettra de porter un jugement de valeur sur chacun des symptômes étudiés et de tracer le portrait clinique du sujet chez lequel l'existence d'une allergie digestive alimentaire chronique est le plus probable.

Avant de passer en revue les différents signes cliniques un à un, précisons que notre étude a porté sur deux années (1964 et 1965). Nous avons trouvé 7 tests négatifs sur 41 malades traités en 1964 et 7 tests négatifs sur 39 malades en 1965 ; cette répétition d'une année sur l'autre est une preuve de l'homogénéité de nos groupes.

A) Antécédents

1° AGE :

Il constitue un facteur important. Comme le montre le tableau ci-dessous, le sujet de moins de 40 ans, qui ne présente dans le groupe (T—) que 21,8 %, et dans le groupe total que 28 %, comprend par contre 9, soit 63,9 % des (T+).

Age	*T+*	*T—*	*Groupe total*
20 à 30 ans	3 soit 21,8 %	1 = 7,1 %	11 %
30 à 40 ans	6 » 42,6 %	2 = 14 %	17,5 %
40 à 50 ans	4 » 28,4 %	5 = 35,5 %	42,5 %
50 à 60 ans	1 » 7,1 %	6 = 42,6 %	27,5 %

Il est difficile de fournir une explication valable à ce fait. Il n'est certainement pas dans une négligence des manifestations post-alimentaires puisque, comme nous le verrons, le groupe (T+) suit un régime spontané d'exclusion dans 56,8 % des cas contre 28,3 % des (T—) et 39 % du groupe total.

Mais cette restriction alimentaire volontaire, si elle prouve indirectement l'importance des troubles ressentis, est aussi une cause de répétition de la consommation d'un aliment considéré comme bien supporté. C'est là aussi, avons-nous vu, un facteur de sensibilisation à un aliment allergénique faible.

2° L'ASSOCIATION A UNE MALADIE ALLERGIQUE EXTRA-DIGESTIVE :

C'est un élément rencontré avec une fréquence nettement supérieure dans le groupe de (T+). Ceci ressort de la comparaison des antécédents allergiques comme de l'existence actuelle d'une maladie allergique.

Antécédents allerg.	*T+*	*T—*	*G. total*
Aucun	4 = 28,4 %	8 = 56,8 %	38 = 47,5 %
Héréditaires	3 = 21,3 %	3 = 21,3 %	13 = 16,25 %
Collatéraux	6 = 42,6 %	2 = 14,2 %	19 = 23,75 %
Personnels	8 = 56,8 %	4 = 28,4 %	30 = 37,5 %

On remarque l'opposition qui existe entre les 56,8 % de sujets sans antécédents allergiques chez les (T—) et les mêmes 56,8 % de sujets avec antécédents allergiques personnels chez les (T+).

Manifestations allerg. actuelles	*T+*	*T—*	*G. total*
Aucune	5 = 35,5 %	9 = 64 %	38 = 47,5 %
Coryza spasmodique ..	6 = 42,6 %	1 = 7,1 %	16 = 20 %
Asthme	3 = 21,3 %	1 = 7,1 %	10 = 12,25 %
Urticaire	4 = 28,4 %	3 = 21,3 %	29 = 36 %
Œdème de Quincke ..	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	5 = 6 %
Eczéma	1 = 7,1 %	.....	4 = 5 %
Intolér. médicam.	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	4 = 5 %
Prurit pharyngé	3 = 21,3 %	1 = 7,1 %	11 = 13,5 %
Toux spasmodique ...	2 = 14,2 %	3 = 21,3 %	11 = 13,5 %

Parmi ces manifestations actuelles, l'association avec le coryza spasmodique (ou rhume des foins) est très fréquente, ainsi qu'avec l'asthme. Au total, 15 coryzas (sur 16) et 9 asthmes (sur 10) ont

des tests alimentaires positifs. Citons, comme autre élément important, le prurit pharyngé, alors que les autres symptômes : urticaire, œdème de Quincke, eczéma, toux spasmodique, sont rencontrés avec une fréquence similaire dans les trois groupes.

La notion de terrain allergique est donc capitale. Elle est renforcée par le fait que sur les 5 (T+) ne présentant aucun trouble actuel, 2 seulement n'ont aucun antécédent allergique, alors que sur les 8 (T—), 7 sont sans antécédents allergiques.

3° Antécédents autres que les antécédents allergiques :

Ces antécédents, parmi lesquels amibiase intestinale et hépatite virale sont à mettre au premier plan, ont certainement moins de valeur bien que le début des troubles d'intolérance alimentaire leur soit habituellement rapporté. Nous relevons en effet :

Antécédents	*T+*	*T—*	*G. total*
Aucun	3 = 21 %	0 = 0 %	9 = 11,25 %
Tuberculose	.....	.....	8 = 10 %
Amibiase	9 = 63,7 %	12 = 85,4 %	50 = 62,5 %
Hépatite virale	4 = 28,4 %	2 = 14,2 %	27 = 33,75 %
Tr. digest. enfance ..	4 = 28,4 %	6 = 42,6 %	20 = 25 %

La concordance, entre ces antécédents et le début des troubles digestifs montre que 6 (T+) l'observent (dont 4 hépatites amibiennes, sur 5 au total) pour 8 (T—).

Donc, en dehors de l'hépatite amibienne, cette concordance masque, en réalité, les séquelles d'affections qui sont très fréquentes dans notre lot de malades par suite de leur situation (militaires et anciens coloniaux). La constitution d'un syndrome d'allergie alimentaire digestive chronique ne s'est pas faite à propos (mais seulement à l'occasion) de ces affections. L'étude des sujets qui ont présenté une atteinte amibienne et une hépatite virale confirme ce fait. Parmi les 14 sujets de ce groupe, nous constatons :

— 2 tests négatifs, soit 14,2 % (pour 17,5 % du groupe total)
— 1 test douteux, soit 7,1 % (» 8,75 % » » »)
— 11 tests positifs, soit 79 % (» 73,75 % » » »)

Ce groupe est donc en tous points comparable au groupe total et l'association de ces deux antécédents n'a pas plus de valeur de présomption que chacun d'entre eux.

On notera également le peu d'importance que revêt l'existence de troubles digestifs de l'enfance (avec ou sans acétonémie), alors qu'ils sont souvent aggravés par une amibiase ou une hépatite virale.

Cette notion d'indépendance relative entre ces deux ordres de troubles est à souligner. La tendance actuelle, normalement orientée par les déclarations du malade, est en effet de les considérer comme liés et non comme juxtaposés, ainsi que notre analyse tend à le faire penser. Seule l'hépatite amibienne échappe à cette critique.

B) Les manifestations fonctionnelles

1° Troubles généraux :

	T+	T—	*G. total*
Réveil spontané	8 = 57 %	7 = 50 %	47 %
Asthénie au réveil	13 = 92 %	11 = 78 %	85 %
Douleurs musculaires	7 = 50 %	5 = 35 %	45 %
Fibrill. palpébrales	2 = 14 %	5 = 35,5 %	45 %
Fringales	11 = 78 %	4 = 28,4 %	54 %

Si la concordance est globale entre sujets négatifs et groupe total, il existe une légère différence avec les sujets positifs. Pour ces derniers, les pourcentages sont plus élevés (sauf pour les fibrillations palpébrales). Le sujet allergique est plus souvent que les (T—) atteint de plusieurs manifestations fonctionnelles simultanées. C'est donc plus leur groupement, que les manifestations elles-mêmes, qui est important. Signalons, à ce propos, la fréquence de l'association : asthénie au réveil et fringales.

En conclusion, les troubles généraux sont légèrement plus accentués pour les sujets positifs, à l'exclusion des fibrillations palpébrales, et fréquence plus marquée pour les fringales. L'asthénie au réveil est pratiquement constante chez les (T+) mais paraît, en réalité, un symptôme très répandu (78 % des T—).

2° Manifestations associées :

	T+	*T—*	*G. total*
Aucune	2 = 14,2 %	.....	.....
Migraine vraie	2 = 14,2 %	3 = 21,3 %	22 %
Céph. vaso-motrices	7 = 49,7 %	3 = 21,3 %	37 %
Céphalées simples	1 = 7,1 %	6 = 42,6 %	16,25 %
Aphtes	5 = 35,5 %	4 = 28,4 %	18,75 %
Mal des transports	1 = 7,1 %		30 %

L'allergique (T+) associe donc avec une fréquence significative des céphalées pulsatiles vaso-motrices à des manifestations digestives.

Il s'agit là d'un fait déjà signalé par BONNET et repris récemment par PLUVINAGE. Nous noterons, en particulier, l'opposition avec les céphalées simples qui existent avec une bien plus grande fréquence chez les (T—) (6, soit 42,6 %, contre 1, soit 7,1 %).

L'étude du groupe général confirme ce fait : 6 céphalées simples sur 17 (soit 35,3 %) ont des tests négatifs ; 6 céphalées pulsatiles sur 51 (soit 11,7 %) ont également des tests négatifs. La différence est suffisamment nette pour être significative.

C) Le syndrome d'intolérance alimentaire

1° TYPE DES TROUBLES DIGESTIFS :

	T+	*T—*	*G. total*
Gastrite	1 = 7,1 %	.....	7,5 %
Dyspepsie	9 = 64 %	10 = 71 %	66,25 %
Dyskinésie	4 = 28,4 %	5 = 35,5 %	25 %
Insuf. hépatique	.....	.....	2 %
Colite	6 = 42,6 %	4 = 28,4 %	15 %

Dans les deux cas, nous ne notons pas d'insuffisance hépatique, ce qui concorde avec les 2 % du groupe total. Absence de gastrite chez les sujets négatifs, mais 7,1 % et 7,5 % dans les deux autres groupes.

Parmi les (T+), 6 colites, soit 42,6 %, ce qui représente la moitié environ des colites spontanément accusées par les malades.

Quant aux dyspepsies, elles se répartissent à peu près également mais sont de loin la manifestation majeure ; cependant, la valeur présomptive du syndrome dyspeptique ne ressort pas de cette comparaison. Ceci ne doit pas étonner car il s'agit d'un trouble banal, fréquemment rencontré lors de l'interrogatoire d'un sujet atteint de troubles digestifs, qu'ils soient fonctionnel (habituellement) ou organique (parfois). Le trouble digestif a donc peu de valeur indicatrice, il semble dépendre plus des affections associées, très fréquentes chez nos sujets, que d'une sensibilisation alimentaire en particulier.

2° TYPE DE L'ALIMENT EN CAUSE :

Rappelons qu'il s'agit de celui mis spontanément en cause par le malade et que les tests innocentent le plus souvent. Nous remarquerons qu'il existe dans chaque cas deux intolérances alimentaires mixtes (fixée et indéterminée).

Aliment	*T+*	*T—*	*G. total*
Aucun	.....	1 = 7,1 %	3,75 %
Graisses, sauces	13 = 92 %	13 = 92 %	96 %
Féculents, farineux	8 = 56,8 %	7 = 49,7 %	39 %
Epices, chocolat	6 = 42,6 %	4 = 28,4 %	27,5 %
Légumes à trame	1 = 7,1 %	3 = 21,3 %	16 %
Œufs	6 = 42,6 %	4 = 28,4 %	35 %
Laitages	5 = 35,5 %	5 = 35,5 %	20 %
Charcuterie	6 = 42,6 %	2 = 14,2 %	17,5 %
Alcool	6 = 42,6 %	3 = 21,3 %	17 %

On constate qu'il n'y a aucune différence pour les graisses et les sauces, les féculents et les laitages ; une légère différence pour les choux et légumes à trame plus facilement accusés par les (T—), et pour les œufs et le chocolat plus facilement accusés par les (T+). Enfin, il existe une différence très nette pour la charcuterie, 42,6 % de (T+) contre 14,2 % de (T—), et pour l'alcool, 42 % de (T+) contre 21 % de (T—). Aucun sujet (T+) n'accuse aucun aliment, alors que 7,1 % des (T—) n'en accusent pas.

On notera, dans cette répartition, l'opposition qui existe entre deux sortes d'aliments. Les uns agissant par leur nature même (graisses, sauces, légumes à trame et féculents) qui sont, à peu de chose près, également accusés par les sujets des deux groupes. Les autres (chocolat, œufs, charcuterie) sont plus souvent en cause dans les troubles d'allergie fixée, donc certainement capables d'induire une sensibilisation prouvée par la présence d'anticorps circulants. Par contre, des allergènes forts, tels que poissons, crustacés, fraises, etc., sont exceptionnellement en cause dans les syndromes chroniques.

Quant à la sensibilité à l'alcool, elle est un indice valable d'une hypersensibilité acquise réelle. Nous pensons qu'il serait utile de pratiquer des tests à cet aliment.

Les sujets accusant uniquement les graisses et les sauces à l'origine de leurs troubles, présentent une sensibilisation très fréquente ; 12 sur 13 sujets de ce groupe ont des tests alimentaires positifs. Ceci confirme que l'aliment spontanément accusé par le malade n'a pas, dans le déterminisme de la sensibilisation, d'importance particulière.

Un autre élément ressort de cette analyse : la multiplicité des aliments mis en cause simultanément par le même sujet qui est plus nette dans le groupe des (T+). Si l'on ne tient pas compte de l'intolérance aux graisses et aux sauces, on constate que les (T+) mettent en cause 38 aliments au total, contre 24 pour les (T—), soit donc 1/3 en plus.

Une preuve supplémentaire de la plus grande importance donnée, par le malade, à l'absorption de l'aliment, est la fréquence notable des régimes restrictifs suivis par les (T+); 56 %, en effet, déclarent éliminer certains aliments de leur ordinaire contre 28 % des (T—) et 39 % des sujets du groupe total. C'est donc là un argument de présomption valable. Il explique peut-être la plus grande fréquence des sensibilisations consécutives à la consommation plus importante et plus régulière des aliments sensibilisants, eux-mêmes considérés par le sujet comme inoffensifs.

D) Horaire des troubles

1° Horaire global :

	T+	*T—*	*G. total*
Matin au réveil	9 = 64 %	7 = 49,7 %	52,5 %
Après petit déjeuner	4 = 28,4 %	3 = 21,3 %	19 %
Avant déjeuner	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	12,5 %
Après déjeuner	8 = 56,8 %	7 = 49,7 %	46 %
Dans l'après-midi	10 = 71 %	4 = 28,4 %	37,5 %
Après dîner	4 = 28,4 %	4 = 28,4 %	32,5 %
La nuit	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	15 %

Associations :

	T+	*T—*	*G. total*
Après déjeuner et après dîner	21 %	21 %	21 %
Matin au réveil et dans l'après-midi	50 %	14 %	20 %
Matin au réveil et après déjeuner	42 %	14 %	19 %

Nous constatons deux périodes principales de difficultés digestives (le matin au réveil et après le déjeuner) plus marquées, mais aucune d'entre elles n'est l'indice formel d'une cause allergique, comme nous le montre la concordance des pourcentages parmi les (T+) et les (T—).

Il n'y a pas de rythme précis et la seule différence notable est sur la période de 15 heures à 20 heures qui semble très évocatrice.

On remarque l'association, matin au réveil - courant de l'après-midi, qui se retrouve chez 50 % des sujets positifs contre 14 % des sujets négatifs et l'association matin au réveil - après déjeuner, 42 % des (T+) contre 14 % des (T—). Quant à l'association après déjeuner - après dîner, elle est identique (21 %) dans les trois groupes.

On peut donc conclure que la gêne survenant dans les périodes post-prandiales n'est pas significative. Les manifestations pathologiques dépendent, pour la plupart, d'un état dyspeptique dont nous savons la banalité chez tous les fonctionnels digestifs. L'étude des groupements de troubles confirme cette impression puisque nous trouvons dans les trois groupes les mêmes 21 % pour les perturbations survenant dans les deux heures qui suivent les repas.

Par contre, le rythme associant le matin au réveil et après le déjeuner, groupe 42,6 % chez les (T+) contre 14,2 % chez les (T—). Celui-ci associant la période du matin au réveil et celle du courant de l'après-midi est encore plus suggestif, comprenant 50 % des (T+) contre 14 % des (T—).

C'est donc pendant l'après-midi, et en particulier en fin d'après-midi, que l'allergique présente les troubles les plus significatifs, et le rythme associant ces deux périodes à celle du matin au réveil est celui qui oriente le mieux.

2° Maximum de malaise :

Cette étude met en évidence une autre période significative, celle qui suit le dîner, alors que celle qui suit le déjeuner n'est pas plus souvent citée dans l'un et l'autre groupe.

Périodes	*T+*	*T—*	*G. total*
Non renseigné	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	6 %
Du réveil au petit déjeun.	.....	4 = 28,4 %	22,5 %
Les 2 h qui suivent	1 = 7,1 %	2 = 14,2 %	5 %
2 h avant déjeuner	.....	1 = 7,1 %	2,5 %
2 h après déjeuner	5 = 35,5 %	5 = 35,5 %	32,5 %
De 15 h au dîner	4 = 28,4 %	1 = 7,1 %	17,5 %
2 h suivant le dîner	3 = 21,3 %	.....	9 %
Au-delà jusqu'au lever ..	.....	.....	5 %

C'est donc la deuxième partie de la journée, et en particulier à partir de 15 heures, que l'allergique présente les troubles les plus importants. Par contre, les matinées sont pour lui de fort bonnes périodes, une fois dissipés les malaises qui encadrent le réveil.

3° MAXIMUM DE BIEN-ÊTRE :

Périodes	*T+*	*T*	*G. total*
Non renseigné	2 = 14,2 %	1 = 7,1 %	22,5 %
Du réveil au petit déjeun.	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	3,75 %
Les 2 h qui suivent	2 = 14,2 %	2 = 14,2 %	19 %
2 h avant déjeuner	8 = 56,8 %	4 = 28,4 %	38 %
2 h après déjeuner	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	1,25 %
De 15 h au dîner	.....	3 = 21,3 %	11 %
2 h suivant le dîner	.....	1 = 7,1 %	3,75 %
Au-delà jusqu'au lever ..	.....	.....	1,25 %

Ici également se trouve confirmé le fait que la matinée est le meilleur moment pour l'allergique, par opposition à l'après-midi. Le moment le plus tranquille est la fin de la matinée et le plus sombre la fin de l'après-midi.

Nous retrouvons par ailleurs, comme RINKEL l'avait bien précisé, un rythme beaucoup plus net chez l'allergique. Mais ce fait ne présente rien d'absolu.

En conclusion, l'allergique type se réveille, comme beaucoup d'autres, en mauvaise condition. Après son petit déjeuner, son état s'améliore progressivement et il trouve sa meilleure forme avant le repas de midi. Celui-ci perturbe son équilibre. Sa digestion est parfois pénible, mais c'est là aussi un symptôme commun à beaucoup d'autres. C'est surtout à partir de 17 heures que s'effondre l'allergique, parfois brusquement terrassé par une asthénie en « coup de pompe ». Le dîner ne l'améliore pas. Il se couche et la première partie de la nuit est bonne. Mais un réveil précoce, parfois suivi d'un réendormissement difficile, lui donne l'impression d'avoir mal dormi et il se lève fatigué et courbaturé.

Il faut cependant remarquer que, à côté de ce rythme idéal, d'autres sont possibles. Paradoxalement, l'absence de rythme précis peut coïncider avec une allergie digestive authentique. Trois des 4 sujets qui ne pouvaient préciser la période maximale de leurs malaises, et 18 des 19 qui ne pouvaient préciser le moment le meilleur de la journée ont eu des tests de provocation positifs.

E) Données de l'examen clinique

1° MORPHOLOGIE :

Donc, prédominance des maigres. Faut-il en déduire que la nutrition déficiente fait plus volontiers partie du tableau d'allergie diges-

tive alimentaire chronique ? Ceci concorde avec la plus grande sévérité du régime que suivent ces derniers.

	T+	T—	G. total
Maigres	8 = 56,8 %	3 = 21 %	23,5 %
Obèses	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	15 %
Normaux	5 = 35,5 %	9 = 64 %	60 %

2° Appareil circulatoire :

	T+	T—	G. total
Hypotendu	2 = 14,2 %	1 = 7,1 %	16 %
Hypertendu	.....	2 = 14,2 %	9 %
Normotendu	12 = 85 %	10 = 71 %	75 %

Le facteur tension artérielle ne semble pas jouer, cependant aucun hypertendu n'est relevé chez les (T+).

3° Abdomen :

	T+	T—	G. total
Normal	3 = 21,3 %	2 = 14,2 %	19 %
Point de Murphy	.....	6 = 42,6 %	10 %
Colite bipolaire	3 = 21,3 %	8 = 56,8 %	21,25 %
Murphy + colite bipol. ..	6 = 42,6 %	.....	29 %
Hépatomégalie	1 = 7,1 %	1 = 7,1 %	10 %
Hépatomég. + col. bip. ..	1 = 7,1 %	.....	2,25 %

C'est avec une fréquence notable que l'examen met en évidence dans tous ces groupes un point douloureux abdominal, une hépatomégalie ou des signes de colite. Une colite apparaît à l'examen chez la plupart des malades : 10, soit 71 %, pour les (T+); 8, soit 56,8 %, pour les (T—); 42, soit 52,5 %, dans le groupe total. Rappelons que les (T+) apportaient moins souvent la notion d'amibiase dans leurs antécédents que les (T—). Il faut donc admettre que c'est la persistance de cette affection et de ces conséquences qui a de l'importance.

Il faut également noter, dans ce groupe, la fréquence moyenne (6 = 42,6 %) avec laquelle est constaté un point de Murphy chez les (T+) comme dans les deux autres groupes d'ailleurs. Mais chez les (T+) ce symptôme est toujours associé à une colite, alors qu'il est isolé chez les (T—). C'est donc l'association Murphy - colite

qui constitue un élément de présomption en faveur de la sensibilisation allergique concomitante. D'un point de vue général, du reste, tous les sujets (23) présentant cette association symptomatique ont eu des tests positifs.

4° Comportement neuro-psychique :

	T+	*T—*	*G. total*
Normal	5 = 35,5 %	7 = 49,7 %	34 %
Anxieux	1 = 7,1 %	2 = 14,2 %	36 %
Rigide	1 = 7,1 %	.....	3,7 %
Interprétatif	1 = 7,1 %	.....	7,4 %
Neurotonique	4 = 28,4 %	3 = 21,3 %	23,5 %
Déporté	2 = 14,2 %	1 = 7,1 %	4 %

Rappelons que cette étude a été faite par un clinicien et non par un neuro-psychiatre. On remarquera que, pratiquement, aucun sujet classé rigide ou interprétatif, c'est-à-dire attaché à ses troubles et à ses conséquences, n'a été testé. Il s'agit en effet de sujets peu coopératifs et, du reste, peu désireux de subir les tests, ou à l'inverse, ils le seraient trop et fausseraient, par leur désir de bien faire, le résultat des tests.

Dans l'ensemble, il n'existe pas de différence notable entre (T+) et (T—) à ce point de vue. Un plus grand nombre de (T—), cependant, a été jugé comme apparemment normal. Mais nous avons vu que, du point de vue fonctionnel, l'allergique certain était plus jeune et plus profondément perturbé. Il n'est pas impossible que ces deux éléments interviennent pour donner au (T+) une teinte de neurotonie anxieuse plus marquée.

PORTRAIT DE L'ALLERGIQUE DIGESTIF ALIMENTAIRE CHRONIQUE

Il existe une plus grande probabilité de trouver des tests alimentaires de provocation par ingestion positifs chez le sujet :

1° De moins de quarante ans.

2° Ayant des antécédents allergiques personnels.

3° Et dont tous les antécédents pathologiques sont moins nombreux et moins souvent liés avec le début des troubles digestifs (hépatite amibienne exceptée).

4° Parmi les troubles généraux, les fringales sont un symptôme très suggestif ; par contre, les autres petits signes de RINKEL sont également présents dans les deux groupes étudiés.

5° L'alcool et la charcuterie sont plus souvent spontanément cités parmi les aliments provoquant des troubles digestifs.

6° Et les troubles digestifs sont suffisamment marqués pour obliger à un régime souvent strict.

7° Dont les troubles allergiques actuels, rhinite spasmodique et asthme, sont les plus fréquents, œdème de Quincke et intolérance alimentaire étant en proportion comparable dans les deux groupes.

8° Les troubles généraux surviennent plus volontiers dans le cours de l'après-midi, alors que la meilleure période se situe entre 10 heures et midi, et la plus mauvaise en fin d'après-midi et après dîner.

9° Il s'agit d'un maigre, normo ou hypotendu, qui présente souvent un état colitique associé à des signes de souffrance vésiculaire.

Dans le but d'illustrer ce portrait, nous décrirons deux observations : la première sera celle d'un sujet positif aux tests, et la seconde celle d'un sujet négatif.

• OBS. N° 1

Monsieur L..., vingt-six ans, ayant des antécédents allergiques personnels et des antécédents d'hépatite, présente une asthénie le matin au réveil, se dissipant en fin de matinée, et des fringales.

Il accuse à l'origine de son intolérance alimentaire : les graisses, les sauces, les œufs, le chocolat et la viande de porc. Il suit, en conséquence, un régime assez strict (viandes grillées, légumes verts, légumes secs et fruits).

Les troubles digestifs consistent en lenteur de digestion avec flatulence, nausées, barre épigastrique après les repas. Il a souvent des céphalées pulsatiles et présente des alternances de diarrhée et de constipation.

On note également une urticaire actuelle.

La gêne maximale survient en début d'après-midi et le matin au réveil, et la meilleure période se situe en fin de matinée.

L'examen clinique montre : 1,80 m pour 73 kg, une tension artérielle à 11-6 et un cadre colique douloureux.

Les tests ont montré une sensibilisation à la farine de blé et aux solanées. Les tests aux œufs, lait, agrumes et viande de porc sont négatifs.

• OBS. N° 2

Monsieur de L..., quarante-quatre ans, ayant des antécédents allergiques personnels d'urticaire et des antécédents pathologiques de diphtérie à l'âge de trois

ans, d'albuminurie dans l'enfance, de troubles digestifs et d'amibiase, ne présente aucuns troubles généraux.

Il accuse les œufs, les fraises, le fromage, les graisses, les féculents et la charcuterie. Il suit un régime assez large. X

Ses troubles digestifs se résument à une somnolence post-prandiale et de la constipation.

Il n'existe pas de manifestations allergiques extra-digestives associées, ni de céphalées mais un mal des transports.

La meilleure période de la journée se situe dans les deux heures qui précèdent le déjeuner et la moins bonne dans les deux heures suivant le déjeuner.

L'examen clinique montre : 1,89 m pour 78 kg ; une tension artérielle à 15-9 ; une colite droite et gauche et un point de Murphy.

Les tests alimentaires de provocation ont tous été négatifs.

QUATRIEME CHAPITRE

INCIDENCE DE LA CURE THERMALE DE VICHY SUR LES TROUBLES D'ALLERGIE DIGESTIVE ALIMENTAIRE CHRONIQUE DIRECTIVES THERAPEUTIQUES

I. — RESULTAT DES CURES ANTERIEURES

Pour 21 de nos malades, le résultat n'a pu être précisé, car beaucoup d'entre eux étaient à leur première cure.

— 44 ont présenté une amélioration certaine, soit 74 %
— 15 une amélioration plus ou moins décelable, soit 26 %

Dans un groupe témoin de 144 hommes, étudiés dans les mêmes conditions mais non testés, 50,3 % d'entre eux ont été écartés des tests, parce que la cure de Vichy seule apportait un soulagement à leur syndrome d'intolérance alimentaire, suffisant pour que l'étude de leur régime, par la méthode des tests, soit inutile.

Le nombre des cures effectuées par les malades testés est précisé par le tableau ci-dessous :

— 28 étaient à la 1re cure, soit 35 %
— 10 » » 2e » » 12,5 %
— 15 » » 3e » » 18,75 %
— 4 » » 4e » » 5 %
— 7 » » 5e » » 8,75 %
— 8 » » 6e » » 10 %
— 3 » » 7e et plus, » 3,5 %
— 5 non renseignés

Si nous reprenons la même statistique pour les deux séries de 14 malades (T+) et (T—) :

Nombre de cures	*T+*	*T—*
Non précisé	1 = 7,1 %	.....
Une	5 = 35,5 %	1 = 7,1 %
Deux	3 = 21,3 %	3 = 21,3 %
Trois	1 = 7,1 %	2 = 14,2 %
Quatre	.....	4 = 28,4 %
Cinq	1 = 7,1 %	2 = 14,4 %
Six	3 = 21,3 %	

Donc, 56,4 % des (T—) ont effectué plus d'une série de trois cures contre 28,4 % des (T+) et 27,8 % du groupe global. Cette différence est nette et ne tient pas au choix que nous avons pu faire, en testant des sujets débutant leur première cure, moins améliorés que ceux qui en ont fait plusieurs. Elle tend, au contraire, à prouver que les allergiques vrais sont plus rapidement améliorés que les sujets présentant des troubles d'intolérance alimentaire non spécifiques.

II. — EVOLUTION PENDANT LA CURE

Pendant les vingt et un jours, durée de la cure thermale, les malades se sont astreints à tenir le journal de leurs troubles. On peut ainsi apprécier l'amélioration de la symptomatologie au courant de la cure.

Les troubles, relevés quotidiennement par le malade, sont sélectionnés par le médecin spécialiste après interrogatoire et examen. Ce seront essentiellement les troubles fonctionnels digestifs et les troubles généraux : asthénie, céphalées, fringales et vertiges. L'amélioration sera jugée, en fin de cure, sur l'impression générale et surtout sur le journal. Notons qu'il est difficile d'accorder de la valeur aux symptômes présentés pendant les six jours au cours desquels ont été pratiqués les tests de provocation alimentaire.

Pour 20 malades, nous n'avons pu recueillir de renseignements suffisants. Nous ne jugerons donc de l'évolution que sur 60 malades.

Dans cette série, nous trouvons : 48 (T+) et 12 (T—).

A) Evolution des symptômes dans le groupe total de 60 malades

Nous considérerons trois sortes d'évolution et nous nous fonderons sur l'intensité du trouble et sur sa fréquence.

1° Amélioration certaine : +

Il y aura amélioration certaine lorsque des troubles, d'intensité notable et régulièrement décrits les premiers jours de la cure, n'existeront plus ou seront épisodiquement relevés à la fin de la cure.

2° Amélioration moyenne : ±

L'amélioration sera moyenne lorsque les troubles, sans avoir disparu complètement à la fin de la cure, s'y retrouvent, mais avec une fréquence diminuée de la moitié environ et une intensité bien moindre.

3° Amélioration douteuse ou nulle : —

Dans ce cas, la fréquence des troubles n'a pas varié, même si l'intensité en est légèrement diminuée.

Cette façon d'apprécier l'évolution des symptômes cliniques nous permet d'établir le tableau suivant :

— *Troubles gastritiques* de la série :

— 11 dont	7	+	= 65 %
	3	±	= 27 %
	1	—	= 8 %

— *Troubles dyspeptiques* * de la série :

— 91 dont	49	+	= 54 %
	18	±	= 20 %
	25	—	= 26 %

— *Troubles dyskinétiques* de la série :

— 26 dont	13	+	= 50 %
	5	±	= 16 %
	8	—	= 34 %

— *Troubles hépatiques* de la série :

— 5 dont	4	+	= 80 %
	.....		
	1	—	= 20 %

— *Troubles colitiques* de la série :

— 20 dont	10	+	= 50 %
	4	±	= 20 %
	6	—	= 30 %

— *Troubles allergiques extra-digestifs :*

— 15 dont	11	+	= 72 %
	1	±	= 7 %
	3	—	= 21 %

— *Céphalées :*

— 52 dont 32 + = 62 %
10 ± = 19 %
10 — = 19 %

— *Asthénie :*

— 29 dont 17 + = 61 %
4 ± = 13 %
8 — = 26 %

— *Fringales :*

— 6 dont 5 + = 83 %
.....
1 — = 17 %

— *Vertiges :*

— 6 dont 3 + = 50 %
2 ± = 33 %
1 — = 17 %

(*) Le chiffre de 91 peut *a priori* sembler très élevé puisqu'il n'y a que 60 malades étudiés dans ce chapitre. En réalité, dans cette statistique, il s'agit de l'ensemble des manifestations de la série dyspeptique, que nous avons groupées. Cette remarque est valable pour tous les troubles digestifs décrits dans ce tableau.

Nous remarquons tout d'abord qu'il n'existe aucune concordance entre les troubles relevés lors de l'interrogatoire et ceux que nous venons de relever sur le journal. Par exemple :

— 68 malades sur 80 (83,5 %) accusent une asthénie le matin au réveil, nous ne la retrouvons que 29 fois sur 60 malades (48 %)

— 91 troubles allergiques actuels pour 80 malades lors de l'interrogatoire, alors que nous n'en retrouvons que 15 sur 60 pendant la cure

— 6 malades sur 80 accusent des troubles gastritiques et nous en retrouvons 11 manifestations sur les 60 malades

Une exception cependant : les céphalées sont dans des proportions identiques : 69 sur 80 (85 %) et 52 sur 60 (85 %). Il s'agit d'un symptôme facile à analyser par le malade. Cette concordance tient à ce que : les premiers taux ressortent d'un interrogatoire où est enregistré ce que déclare le malade, alors que les seconds résultent de l'analyse faite par le médecin selon les déclarations du sujet et tiennent compte de l'importance et de la fréquence du trouble. Seuls sont consignés sur le journal quotidien les troubles actuels, c'est notamment le cas pour les manifestations allergiques qui surviennent par crises et dont la coïncidence avec la cure n'est pas obligatoire.

Quoi qu'il en soit, nous remarquons que les troubles gastritiques, dyspeptiques, dyskinétiques, colitiques et généraux sont améliorés, de façon certaine, dans des proportions comparables : de 50 à 60 %,

et que les troubles hépatiques, allergiques extra-digestifs et les fringales le sont dans des proportions importantes, respectivement de 80, 72 et 83 %. Mais cette amélioration globale ne peut avoir de valeur que comparée avec les groupes de (T+) et (T—).

Cependant, la comparaison de l'évolution de ces symptômes dans les deux groupes numériquement comparables (T+) et (T—) est entachée d'erreur par suite du petit nombre. Dans l'ensemble, les taux d'améliorations sont, du reste, voisins. Il est préférable d'en donner une appréciation globale en fin de cure, et nous trouvons :

	T+	*T—*	*G. total*
Amélioration certaine	31 = 65 %	6 = 50 %	37 = 63 %
Amélioration moyenne	11 = 23 %	4 = 33 %	14 = 23 %
Amélioration douteuse ou nulle .	6 = 12 %	2 = 17 %	8 = 14 %

Ce tableau met en évidence une amélioration plus importante chez les sujets positifs, 31 sur 48 ; contre 6 sujets négatifs sur 12, soit 65 % contre 50 % : donc une différence de 15 % en faveur des sujets positifs.

Les deux groupes sont soumis à l'action bénéfique de la cure. Par contre, le régime d'éviction, commun aux deux groupes, devrait retentir plus défavorablement sur les (T+). Ceux-ci sont alternativement soumis à une consommation obligatoire de l'aliment sensibilisant (ce qui devrait les aggraver), puis à une diète de cet aliment (ce qui devrait les améliorer) et enfin à un test de provocation alimentaire (ce qui devrait les perturber).

L'amélioration plus nette observée pour les (T+) par rapport aux (T—), voit donc sa valeur renforcée. Ceci confirme donc nos conclusions du paragraphe antérieur. Les allergiques digestifs réagissent mieux que les autres à la cure elle-même comme, également, aux cures cumulées.

Nous notons enfin que nous ne trouvons pas de crise thermale plus importante chez les allergiques digestifs alimentaires chroniques, comme on serait en droit de l'attendre. En effet, pour Loisy, la crise thermale peut avoir une traduction clinique ou plus fréquemment infra-clinique, et cette action serait plus importante chez les allergiques puisque « les eaux thermales, agents ordinaires d'anti-anaphylaxie, peuvent devenir, suivant les doses, cause de choc anaphylactique » (Galup). Or, si cette réaction existait chez nos malades, même infra-clinique, la dissection du journal des troubles la ferait apparaître et notre pourcentage d'amélioration certaine chez les (T+) serait inférieur à celui des (T—). Ces derniers étant, en effet, moins sensibles à la réaction allergique des eaux thermales.

III. — ACTION COMBINEE DE LA CURE, DES REGIMES ET DES MEDICATIONS ADJUVANTES

A) Rappel des différentes thérapeutiques

Nous venons d'étudier l'évolution pendant la durée de la cure, il nous reste à voir comment se comportent les malades sous l'action des différents traitements que nous avons à notre disposition. Il s'agit d'abord de traitements spécifiques : régimes d'éviction, régimes tournants, méthodes de désensibilisation spécifique par voie sous-cutanée ou par voie orale ; puis de traitements non spécifiques.

La méthode de désensibilisation par voie sous-cutanée avec des allergènes alimentaires prédigérés a été employée par CHEVALLIER. Il se sert de l'haptène ultra-filtrable prélevé par tubage au cours du repas. Par cette méthode, CHEVALLIER aurait obtenu de bons résultats.

Les méthodes employées par PASTEUR VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER et ANDRESEN consistent à donner par voie orale de toutes petites doses d'allergènes et en les augmentant progressivement.

Les méthodes employées à l'Hôpital Militaire Thermal de Vichy sont essentiellement les régimes d'élimination et les régimes tournants.

Les régimes d'élimination constituent la meilleure technique et la plus logique à appliquer lorsque l'allergène alimentaire est unique. Nous rappellerons une observation caractéristique présentée par J.G. BERNARD :

— Un malade était atteint d'une allergie au fromage et particulièrement au gruyère. Il présentait des crises digestives sévères avec vomissements et migraines à l'ingestion de traces infimes de fromage, même si ce dernier provenait d'un récipient mal lavé.

— Le régime d'élimination était particulièrement indiqué dans ce cas.

Les régimes tournants permettent d'éviter une consommation trop importante du même aliment et sont nécessaires lorsque le malade est sensibilisé à plusieurs aliments (36 malades sur 60 de notre statistique). L'alimentation sera variée au maximum, le même type d'aliment ne revenant qu'une fois tous les trois jours. Cependant la réalisation de tels régimes se heurte à de grosses difficultés, surtout lorsqu'il s'agit d'aliments de consommation quotidienne comme la farine de blé, le lait, etc. L'utilisation d'une méthode de désensibilisation par voie parentérale par l'Ecole de RINKEL, à l'aide d'extraits

alimentaires, apportera peut-être dans l'avenir une grande simplification. Cependant les publications initiales n'ont jamais été confirmées.

A côté de ces traitements spécifiques, la cure thermale de Vichy est un élément de grande valeur dans le traitement de l'allergie digestive alimentaire chronique. Pour Loisy, il est indéniable que des liens étroits existent entre les manifestations de dysfonctionnement hépatobiliaire (qui sont une des meilleures indications de la cure de Vichy) et les manifestations allergiques digestives. Expérimentalement, les eaux thermales atténuent les effets tissulaires de l'histamine, empêchant la provocation du choc anaphylactique ou en diminuant ses manifestations.

En plus des traitements spécifiques et de la cure thermale, le traitement systématique et préalable des affections allergiques associées, le dépistage et le traitement d'affections organiques ou fonctionnelles du tube digestif sont indispensables ; point sur lequel Wolfromm et Lange ont insisté particulièrement. Il s'agit donc de pratiquer des désensibilisations spécifiques aux allergies concomitantes : asthme, coryza spasmodique, etc., ou de traiter par les médications habituelles : une amibiase, une colite, une insuffisance hépatobiliaire fonctionnelle, cette dernière étant, pratiquement toujours, améliorée par les cholagogues et par les cholérétiques.

B) Etude de notre statistique

Nous nous fonderons sur les résultats obtenus dans le premier lot de malades vu en 1964. Sur 41 malades, seuls 22 ont été revus l'année suivante.

La thérapeutique, en dehors de la cure, était constituée essentiellement par le régime d'élimination quand les allergènes en cause le permettaient, et par le régime tournant dans les autres cas. Nous traitions les troubles digestifs par les médicaments appropriés : bismuth, cholagogues, cholérétiques, anti-amibiens, mucilages, etc.

Parmi ces 22 malades étudiés, il y avait 18 sujets positifs aux tests et 4 sujets négatifs. Nous relevons d'emblée que tous les sujets négatifs ont été traités par un régime large et varié, aussi atoxique que possible, avec des médications adjuvantes : bismuth, cholagogues et cholérétiques, et que l'on note une amélioration de cinq à six mois, puis la reprise progressive des troubles.

Parmi les 18 sujets positifs au test :

— 8 étaient positifs à un aliment
— 7 étaient positifs à deux aliments
— 3 étaient positifs à trois aliments

Tous ont été traités par le régime d'élimination quand cela était possible, c'est-à-dire lorsqu'il n'y avait qu'un aliment en cause ou lorsque le groupement des aliments allergéniques le permettait. Les autres bénéficiaient du régime tournant ou plus souvent de l'association des deux.

Pour juger de l'évolution, nos critères seront essentiellement fondés sur l'évolution des troubles digestifs, des céphalées et des troubles allergiques extra-digestifs associés ; la façon dont le régime a été suivi nous permettra de juger s'il faut lui rapporter ou non l'amélioration éventuelle.

Nous observons les résultats suivants :

— Amélioration certaine : 11 = 61 %, dont 3 rechutes à l'arrêt du régime

— Amélioration moyenne : 5 = 28 %, dont 2 ont mal suivi leur régime

— Amélioration nulle : 2 = 11 %, dont le régime n'a pas été ou mal suivi

Donc, influence primordiale du régime qui entraîne, en association avec la cure, des améliorations certaines ou moyennes.

Sur 14 sujets ayant suivi le régime avec attention, nous notons 11 améliorations certaines (79 %) et 3 améliorations moyennes (21,3 %), et aucune amélioration nulle. Ceci vient à l'appui des conceptions théoriques sur le rôle allergénique de l'aliment ; il suffit de supprimer le contact avec l'allergène pour entraîner la guérison. Les demi-succès observés chez 5 sujets ne sont pas obligatoirement un échec des régimes d'élimination ou des régimes tournants ; en effet, ces 21,3 % (3 malades) améliorés de façon moyenne n'ont été testés que pour six aliments et il n'est pas impossible qu'ils soient allergiques à d'autres aliments. Cela expliquerait l'insuffisance de nos régimes. Ces résultats dépendent donc d'un manque de notre méthode que les circonstances nous ont obligé à restreindre.

Inversement, sur 4 sujets ne suivant pas le régime conseillé, 2 ont une amélioration nulle et 2 ont une amélioration moyenne. En réalité, ces deux derniers sujets ont suivi irrégulièrement le régime, ce qui explique un semblant de résultat.

Parmi les 11 sujets ayant présenté une amélioration certaine, nous avons noté 3 rechutes à l'arrêt du régime ; ces derniers, en effet, n'avaient d'amélioration que lorsqu'ils suivaient leur régime scrupuleusement. Nous donnons ci-dessous l'observation de l'un d'eux :

Monsieur V..., quarante-trois ans, ayant des antécédents allergiques personnels et ayant dans ses antécédents pathologiques une tuberculose pulmonaire (1952),

et une amibiase (1944 et 1948), présente une asthénie au réveil se dissipant en fin de matinée et des fringales.

Il accuse à l'origine de ses troubles, les graisses, la charcuterie, la viande de porc, le chocolat, les noix, les amandes et l'huile d'arachide. Il suit un régime et « se sent très bien » en dehors de l'existence de migraine vraie. On note quelques aphtes et un mal des transports.

Aucun horaire bien précis des troubles n'est retrouvé sinon que le malade est réveillé la nuit par sa migraine.

L'examen clinique montre un homme de 69 kg mesurant 1,69 m, ayant une tension artérielle à 12-9, un point de Murphy et un cœcum douloureux.

Les tests de provocation montrent une sensibilisation à la farine de blé, aux solanées et au porc.

On recommande à la fin de la cure de 1964 : éviter le pain, les pommes de terre, tous plats ou produits contenant de la fécule de pomme de terre, la viande de porc et la charcuterie. Prendre de l'huile d'olive.

Nous revoyons le malade en 1965, les migraines sont identiques à ce qu'elles étaient en arrivant en 1964, mais le malade n'a pas suivi le régime. On le met sous régime sans pain et sans pommes de terre et les migraines disparaissent.

Cette observation est caractéristique, elle se rapproche assez bien du profil de l'allergique digestif alimentaire chronique que nous avons tracé et elle nous montre : la complexité et la difficulté du régime d'élimination proposé ; mais aussi elle nous apporte la démonstration de son efficacité et de sa quasi-nécessité thérapeutique.

En somme, il n'est pas possible d'obtenir chez ces malades des résultats rapides par la cure thermale de Vichy seule, si on ne lui associe pas l'éviction complète du ou des aliments en cause dans le processus d'hypersensibilisation.

Mais alors que les sujets (T—) pour lesquels il n'a pas été possible de mettre en évidence d'allergène responsable éprouvent une amélioration de durée toujours variable avec reconstitution du syndrome d'intolérance trois à cinq mois après la cure, ceux pour lesquels un régime d'éviction, fondé sur les tests, a pu être établi, présentent une amélioration complète, les cures ultérieures n'intervenant que pour consolider leur amélioration.

En conclusion, nous énoncerons les quelques principes thérapeutiques que nous a inspirés cette étude :

1° Mise en œuvre d'une désensibilisation spécifique à une allergie extra-digestive concomitante.

2° Prescription d'un régime d'élimination chaque fois qu'il est possible, et auquel sera adjoint un espacement des aliments sensibilisants que le régime d'élimination n'aura pas exclu.

3° Association, toutes les fois qu'il est nécessaire, d'un traitement médicamenteux symptomatique ou étiologique.

4° Enfin, conseiller fortement la cure thermale, en particulier de Vichy, dont l'action est certainement très bénéfique, et à ce propos nous serons en accord avec Loisy lorsqu'il conclut : « Les allergies digestives d'origine alimentaire provoquant habituellement des symptômes d'allure plus chronique sont presque constamment améliorées. »

CONCLUSIONS

L'allergie digestive alimentaire chronique est un syndrome clinique bien précisé par l'Ecole américaine (Rowe et Rinkel) et par les travaux récents de l'Ecole française. Il est composé de signes généraux et d'un syndrome fonctionnel digestif lié à la consommation d'aliments habituellement banaux. Le rythme de consommation a beaucoup plus d'importance que la force « sensibilisante » de l'allergène alimentaire. Des céphalées migrainoïdes ou d'autres manifestations allergiques sont fréquemment associées.

Selon cette définition clinique, 80 sujets traités par la technique du régime d'éviction de Rinkel ont été sélectionnés parmi 250 curistes de l'Hôpital Militaire Thermal de Vichy.

L'étude clinique des patients de ce groupe permet de fixer la fréquence avec laquelle se rencontrent les divers symptômes décrits par Rinkel.

Parmi les six allergènes alimentaires étudiés, la farine de blé est la plus importante (29 cas), avec les solanées (28 cas). Les œufs de poule viennent ensuite (17 cas), puis le lait de vache et la viande de porc (8 cas chacun), les agrumes ne représentent que 3 cas. Dans 23 cas (sur 59 malades présentant des tests de provocation par ingestion positifs), un seul aliment est en cause. La comparaison entre deux groupes de 14 sujets, les uns ayant des tests alimentaires négatifs, les autres ayant des tests positifs et ayant été jugés, lors de l'étude clinique, comme très vraisemblablement allergiques, permet de dégager la valeur de présomption de certains symptômes.

Ressortent ainsi chez 14 sujets positifs aux tests de provocation alimentaire :

1° Le jeune âge : 9 malades ont moins de quarante ans.

2° La fréquence d'antécédents allergiques personnels : 8 malades.

3° Le peu de valeur indicatrice des antécédents autres que les antécédents allergiques et de leur incidence sur le déclenchement des troubles (amibiase, troubles digestifs de l'enfance, hépatite virale).

4° Parmi les symptômes cliniques, on notera la fréquence :
— des fringales ;
— des manifestations allergiques extra-digestives actuelles ; coryza spasmodique : 14, et asthme : 3 sur 14 ;
— des céphalées vaso-motrices : 7 ;
— d'un horaire particulier des troubles : le matin au réveil, 7 malades, et de 14 à 20 heures, 10 malades sur 14.

5° Par contre, si le type de syndrome digestif, décrit par les malades, n'a pas de valeur propre, l'examen clinique met en évidence une colite habituellement associée à des signes de souffrance hépato-biliaire chez les sujets à tests positifs.

6° La cure de Vichy présente chez ces malades un intérêt thérapeutique certain. Elle en améliore de façon durable plus de la moitié et temporairement le quart. On la complètera utilement par la prescription d'un régime rationnel dépendant des données des tests alimentaires et par une thérapeutique symptomatique ou éventuellement étiologique (amibiase, dyskinésie biliaire, etc.).

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
WOLFROMM

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ALBY (J.M.). — Facteurs psychiques en allergie alimentaire et digestive. (In *Ier Congrès Int. Allerg. Alimen. et Dig.*, Vichy, Wallon édit., t. I, 245.)

— Problèmes psycho-somatiques en allergie alimentaire et digestive. (*Médecine et Hygiène*, 1963, t. 21, 783.)

ANDRESEN (A.P.). — Allergie gastro-intestinale. (*Gastro-Entérologie*, 1953, t. 21, 3.)

BERNARD (J.G.). — Problèmes posés par l'allergie alimentaire. (*Feuillets du Praticien*, 1965, t. 30, n° 3.)

BERNARD (J.G.) et LAVERDANT (Ch.). — Etude du chimisme gastrique minuté après injection d'histamine (selon la technique de Lambling). (A paraître, 1966.)

BERNARD (J.G.) et LAVERDANT (Ch.). — L'allergie digestive chronique. (In *IXe Congrès des Médecins Omni-Praticiens*, Vichy, 1964.)

BERRENS (L.) et YOUNG (E.). — Partial purification of the atopen in ripe tomato fruits. (In *Ier Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 2, 93.)

BLAMOUTIER (P.). — Allergie digestive, sensibilisation à un produit de désintégration de la protéine alimentaire. (*Presse Médicale*, 1945, t. 53, 162.)

BONNET (G.F.) et NEPVEUX (P.). — Note sur l'emploi de la réaction à l'histamine-latex dans le diagnostic de l'allergie digestive et alimentaire. (In *Ier Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, 1963, Wallon édit., t. 2, 69.)

BONNET (G.F.). — Action de l'eau de la source de la Grande-Grille sur l'allergie alimentaire du cobaye. (In *Ier Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 2, 379.)

CAIN (J.). — Etude psycho-somatique des états allergiques. (In *Maladies Allergiques*, Paris, Flammarion édit., 1963.)

— Essais de compréhension psycho-somatique de l'état allergique. (In *Evol. Psych.*, 1963, t. 27, 339.)

CANY (J.) et ELIAKIM (Mme M.). — Faut-il faire des tests cutanés aux allergènes alimentaires ? (In *Ier Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 2, 185.)

CHEVALLIER (R.). — L'allergie digestive (traitement). (In *E.M.C.*, 1958, t. 2, 9089.)

CONTE (M.). — Appareil digestif. (In *Pathologie Médicale*, Flammarion édit., 1951, t. 2, 208.)

DESGEORGES (H.). — Troubles allergiques et cure de Vichy. (*Acta Gastro-Ent. Belgica*, 1953, t. 16, 514.)

DUCHAINE (J.). — Le diagnostic de l'allergie alimentaire. (*Acta Gastro-Ent. Belgica*, 1953, t. 16, 560.)

GAUTHIER (P.). — *Thèse*, Marseille, 1960.

GALUP (J.). — Crénothérapie et anaphylaxie. (*Presse Médicale*, 1920, t. 45, 445.)

GUTTMAN (R.A.). — Les intolérances digestives, les troubles digestifs à type d'anaphylaxie. (*Presse Médicale*, 1932, n° 89, 1654.)

HALPERN (B.N.), LAGRUE (G.) et LAGRUE (Mme R.). — L'absorption digestive des protéines alimentaires et son rôle en allergie. (In *I^er Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 1, 2.)

HAMBURGER (J.). — Foie et vésicule biliaire. (In *Pathologie Médicale*, Paris, Flammarion édit., 1951, 496.)

KAUFMAN (W.). — Some psychosomatic aspects of food allergy. (*Psychosomatic Med.*, 1954, t. 16, 10.)

LANGE (R.). — L'allergie alimentaire et son traitement. (*Vie Médicale*, 1963, t. 44, 199.)

— Physio-pathologie de l'allergie alimentaire. (In *I^er Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 1, 41.)

— Diététique de l'allergie alimentaire. (*Gazette Médicale de France*, 1963, t. 70, 1457.)

LANGE (R.) et WOLFROMM (R.). — Bases physio-pathologiques de l'allergie alimentaire. (*Gazette Médicale*, 1962, t. 69, 2173.)

LOISY (Cl.). — Thérapeutique thermale de l'allergie alimentaire. (In *I^er Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 1, 319.)

MASSION (J.) et LÉONARD (P.). — Allergie et insuffisance hépatique. (In *I^er Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 1, 59.)

MICHELET (L.) et BAIXAS (F.). — Enquête sur les pneumallergènes concomitants dans 79 cas d'allergie alimentaire. (In *I^er Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.*, Vichy, Wallon édit., 1963, t. 2, 141.)

PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) et BLAMOUTIER (P.). — Un cas d'allergie au lait avec phénomène de grand choc chez un adulte. Désensibilisation. (*Semaine des Hôpitaux*, 1956, t. 56, 2841.)

Pasteur Vallery-Radot (L.), Wolfromm (R.), Charpin (J.), Halpern (B.N.). — *Maladies Allergiques,* Paris, Flammarion édit., 1963.)

Pluvinage (R.). — Migraine et allergie digestive. Etude biochimique préliminaire. (In *Ier Congrès Int. Allerg. Alim. et Digest.,* Vichy, Wallon édit., 1963. t. 2, 321.)

Randolph (J.G.) et Rollins (J.P.). — Beet sensibility ; allergic reactions from ingestion of beet sugar (sucrose) and monosodium aluminate of beet origin. (*J. Lab. et Clin. Méd.,* 1950, t. 36, 407-415.)

Ratner (B.) et Gruehl (H.L.). — *J. Clin. Invest.,* 1934, 13, 517.

Rinkel (H.J.), Randolph (J.G.) et Zeller (M.). — Food allergy. (Springfield, Thomas edit., 1951.)

Rowe (A.H.). — Eliminations diets and the patient's allergies. (Philadelphie, Lea and Febiger edit., 1944.)

Sarles (H.) et Gauthier (A.P.). — L'allergie digestive. (Paris, Masson et Cie édit., 1961.)

Sautier (Cl.), Lambert (J.), Mallez (M.), Faudemay (F.), Zallal (Z.), Flament (Cl.), Trémolières (J.). — Données actuelles sur la composition biochimique du contenu intestinal. (In *Ier Congrès Allerg. Alim. et Digest.,* Vichy, Wallon édit., 1963, t. 1, 85.)

Steiner (J.W.). — Investigations of allergic liver injury. (In *American Journ. Pathol.,* 1961, t. 38, 416.)

Strem (E.L.) et Stoesser (A.V.). — Does honey in infant feeding cause allergy. (*Ann. Allergy,* 1958, t. 88, 375.)

Thiers (M.). — Manuel d'allergologie. (Paris, Masson et Cie édit., 1964.)

Uhlenhuth (P.). — Neuer beitrage zum spezifischen nachweiss von eiereyn weiss auf biologischen wege. (*Deutsche Med. Wschr.,* 1900, t. 26, 734.)

Urbach et Gottlieb. — Allergy. (London, Helemann edit., 1946.)

Volkheimer (H.G.). — La perméabilité de la muqueuse intestinale aux allergènes alimentaires macro-corpusculaires. (In *Ier Congrès Allerg. Alim. et Digest.,* Vichy, Wallon édit., 1963, t. 2, 7.)

Wolfromm (R.), Lange (R.) et Denis (J.). — Bases immunologiques des maladies allergiques. (*Gazette Médicale de France,* 1962, t. 69, 2151.)

Wolfromm (R.), Hillemand (B.) et Lange (R.). — Le gastro-entérologue devant l'allergie alimentaire et digestive. (*Entretiens de Bichat,* Médecine, 1964, 43.)

Wolfromm (R.) et Liacopoulos (P.). — Les méthodes de diagnostic biologique en allergie. (*Revue du Praticien,* 1955, t. 5, 1994.)

WOLFROMM (R.), LANGE (R.) et NATAF (P.). — Allergie alimentaire. Méthodes diagnostiques actuelles. (*Journées Médicales Annuelles de Beaujon-Clichy*, 1961, 127.)

— L'étiologie alimentaire en allergie. (*Entretiens de Bichat*, Médecine, 1961, 29.)

ZINDLER (G.A.) et COLOVOS (G.C.). — Anthocyanurie and beet allergy. (*Ann. of Allergy*, 1950, t. 8, 603.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 11

Premier chapitre : Rappel des notions fondamentales concernant l'allergie digestive 13

I. — *Bases physio-pathologiques* 13

II. — *Allergie digestive alimentaire chronique* 22

III. — *Conclusion* 25

Deuxième chapitre : Mode de dépistage de l'allergie digestive alimentaire chronique à l'hôpital militaire thermal de Vichy 26

I. — *Mode de sélection des malades* 26

II. — *Etapes de la sélection* 28

III. — *Deuxième temps : chez le spécialiste* 30

Troisième chapitre : Le syndrome d'allergie digestive alimentaire chronique, vu à travers 80 observations 35

I. — *Données sur l'ensemble des 80 malades* 35

II. — *Discussion* 47

Quatrième chapitre : Incidence de la cure thermale de Vichy sur les troubles d'allergie digestive alimentaire chronique. Directives thérapeutiques .. 60

I. — *Résultat des cures antérieures* 60

II. — *Evolution pendant la cure* 61

III. — *Action combinée de la cure, des régimes et des médications adjuvantes* 65

Conclusions 71

Bibliographie 73

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)